(pieczątka placówki)

 WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Lp.  | Imię, nazwisko, nr PESEL dziecka  | Data urodzenia  | Imię, nazwisko, adres, nr PESEL opiekunów prawnych dziecka  | Wykaz zaległych szczepień  | Przyczyna uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych (do wyboru)\*  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5 | 6  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* **odrębność kulturowa, religijna lub etniczna/ wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną/ wpływ ruchów antyszczepionkowych/ wcześniej NOP u osoby zobowiązanej/ inna przyczyna (jaka?)**

 **(podpis i pieczątka kierownika placówki)**