

.....  
(pieczęć placówki)

**Adresat:**  
**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**  
**w Lipsku**

### WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ

Tabela nr 1

Lp.	Imię, nazwisko, nr PESEL dziecka, adres zamieszkania	Data urodzenia	Imię, nazwisko, dokładny adres, nr PESEL opiekunów prawnych dziecka (dot. matki i ojca)		Wykaz zaległych szczepień (rodzaj szczepionki i dawka)	Imię i nazwisko lekarza prowadzącego	Przyczyna uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych (do wyboru) 1) odrębność kulturowa, religijna lub etniczna/ 2) wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną/ 3) wpływ ruchów antyszczepionkowych/ 4) wcześniej NOP u osoby zobowiązanej/ 5) inna przyczyna (jaka?)	Data i forma ostatniego powiadomienia opiekunów o obowiązku szczepień przez lekarza
			Matka	Ojciec				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

UWAGA: Za osoby uchylające się od obowiązku szczepień ochronnych przyjmuje się te osoby, które nie wykonały obowiązku poddania się szczepieniom w terminach wezwań przez lekarza POZ, nie przedstawiły zaświadczenia o wykonaniu szczepień spełniających kryteria dla wykonania tego obowiązku, u których nie stwierdzano przeciwwskazań stanowiących podstawę do odroczenia wykonania szczepienia.

TERMINY: Sprawozdanie należy sporządzić do 7 dnia po zakończeniu kwartału i przekazać Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu.

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika placówki)

.....  
(pieczęć placówki)

**Adresat:**  
**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**  
**w Lipsku**

### WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ

Tabela nr 2

Ilość dzieci w poprzednim wykazie	W porównaniu do poprzedniego wykazu		Ilość dzieci w bieżącym wykazie	Dane dzieci usuniętych z wykazu (imię, nazwisko) z podaniem przyczyny: zaszczepione (data, nazwa preparatu) lub karta przekazana (dokładna nazwa placówki)
	Ilość dzieci usuniętych z wykazu	Ilość dzieci dodanych do wykazu		
1	2	3	4	5

.....  
(miejscowość i data )

.....  
(podpis i pieczęć kierownika placówki)