

**Powiatowa Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna w Sieradzu  
ul. P O W 52,  
98-200 Sieradz**

**Zgłaszam rodziców uchylających się od szczepień swojego dziecka:**

**MATKA**

Imię i nazwisko : .....

Pesel : .....

Adres zamieszkania : .....

**OJCIEC**

Imię i nazwisko: .....

Pesel : .....

Adres zamieszkania: .....

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko : .....

Data urodzenia : .....

Adres zamieszkania : .....

**Brakujące szczepienia :**

.....  
.....

**Przyczyna nieszczepienia dziecka wg rodziców:**

Odrębność kulturowa, wpływ ruchów antyszczepionkowych, NOP po wcześniejszym szczepieniu, inna nieznana przyczyna (właściwe podkreślić)

Oświadczenie o braku zgody na wykonanie obowiązkowego szczepienia z podpisem obojga rodziców.

**Podjęte działania** (opisać jakie) : .....

.....  
.....

**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia** (stwierdza p/wskazania lub nie stwierdza

p/wskazań) : .....

.....

Zgłoszenie podpisuje lekarz rodzinny

**UWAGA** : Każde dziecko zgłaszać na osobnym druku z kserokopią karty uodpornienia i kserokopią potwierdzającą wezwanie (nie może być wspólna dla kilku dzieci)