

.....  
Pieczęć podmiotu leczniczego

**Zawiadomienie o fakcie uchylania się od realizacji  
obowiązkowych szczepień ochronnych**

**Dane matki (opiekuna prawnego/faktycznego) dziecka:**

1. Imię i nazwisko.....
2. Nr Pesel .....
3. Adres zamieszkania .....

**Dane ojca (opiekuna prawnego/faktycznego) dziecka:**

1. Imię i nazwisko .....
2. Nr Pesel .....
3. Adres zamieszkania .....

**Dane dziecka:**

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Nr PESEL:.....
4. Adres zamieszkania dziecka .....

**Zaległe szczepienia (rodzaj szczepienia, ilość brakujących dawek):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ilość wezwań informujących rodziców o terminach i obowiązku zgłaszania się z dzieckiem do szczepień obowiązkowych .....**

**Prosimy załączyć:**

- kopię karty uodpornienia dziecka potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
- kopię dokumentacji zawierającej oświadczenia rodziców bądź kopię wpisu lekarza w dokumentacji medycznej dziecka potwierdzających postawę rodziców/opiekunów w stosunku do realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych u swojego dziecka,
- kopię dokumentów (wezwań, powiadomień, itp.), w których lekarz/ podmiot leczniczy wzywa Rodziców do poddania dziecka szczepieniom ochronnym

.....  
Podpis i pieczęć lekarza