Pieczątka poradni ………………………………….. dnia …………………………

 Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

 ul. Aleja 3 Maja 8

 97-300 Piotrków Trybunalski

**OŚWIADCZENIE ODMOWY PODDANIA DZIECKA SZCZEPIENIOM OCHRONNYM**

**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 odmowy wg opinii rodziców:** ……………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………..….………………………………………………………………………………………………….…..…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...

Czytelny podpis matki: ………………………………………………….

Czytelny podpis ojca: ……………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza: