

.....  
/miejsowość, data/

(Pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny  
w Grodzisku Mazowieckim  
ul. Żwirki i Wigury 10  
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

**Formularz zgłoszenia osób uchylających się od obowiązku wykonania  
szczepień ochronnych**

Dane osoby podlegającej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia, PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

Dane rodziców/opiekunów prawnych uchylających się od obowiązku szczepień  
ochronnych\*:

MATKA/Opiekunka prawna

Imię i nazwisko, PESEL:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

OJCIEC/Opiekun prawny

Imię i nazwisko, PESEL:

.....

Adres zamieszkania :

.....  
.....

Telefon kontaktowy:.....

Brakujące szczepienia obowiązkowe: (jakie szczepienie, ile dawek; wskazujemy wyłącznie szczepienia możliwe do wykonania na dzień wypełnienia formularza, nie wskazujemy szczepień, wobec których wygaś obowiązek realizacji)

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

Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych: (zaznaczyć)

- Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna
- Wpływ ruchów antyszczepionkowych
- Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną
- Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej
- Inna przyczyna( opisać, jeśli wiadomo)

.....  
.....

Działania podjęte przez placówkę w celu zmiany decyzji zobowiązanego (wymienić jakie):

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

.....  
Data ostatniego wezwania na szczepienie (data oraz rodzaj szczepienia):

.....  
Złożone oświadczenie świadomej odmowy szczepienia obowiązkowego z podpisami obojga rodziców/opiekunów: (zaznaczyć)

- tak
- nie

Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia : (stwierdza przeciwwskazania , lub nie stwierdza przeciwwskazań)

.....  
Data oraz rodzaj kolejnego wyznaczonego szczepienia

.....  
Inne uwagi:

.....  
Załączniki:

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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)