

Tomaszów Mazowiecki, dn.

Pieczętka Poradni:

**Powiatowa Stacja Sanitarno-
Epidemiologiczna w Tomaszowie
Mazowieckim
ul. Majowa 1/13, 97-200 Tomaszów Maz.**

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:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Brakujące szczepienia:

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

Podjęte działania (opisać jakie):

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

Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia(stwierdza p/wskazania lub nie stwierdza p/wskazań):

.....
.....

Przyczyna odmowy szczepień :

- Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna
- Wpływ środowisk promujących medycynę alternatywną
- Wpływ ruchów antyszczepionkowych
- Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej
- Nieznana przyczyna

Zgłoszenie podpisuje lekarz rodzinny

UWAGA: Każde dziecko zgłaszać na osobnym druku z kserokopią karty uodpornienia(nie może być wspólna lista dla kilku dzieci).

