

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia przeciw HPV w szkole

Oświadczam, że moje dziecko: (imię i nazwisko) ¹

nie było szczepione przeciw HPV

otrzymało pierwszą dawkę szczepionki Cervarix/Gardasil9² przeciw HPV w dniu

.....
(Data i czytelny podpis)

Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole

Ja(imię i nazwisko) oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym(imię i nazwisko osoby małoletniej),
..... (adres zamieszkania osoby małoletniej) (PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości) i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV w szkole.

.....
(Data i czytelny podpis)

Deklaracja przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia szczepionką³:

Gardasil9

Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem/am.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody⁴ na szczepienie dziecka w szkole bez mojej obecności.

.....
(data i czytelny podpis)

¹ Zaznaczyć właściwie

² Niepotrzebne skreślić

³ Zaznaczyć właściwie

⁴ Niepotrzebne skreślić