

Data:

Miejscowość:

Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego

Ja, (imię i nazwisko), posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka: (imię i nazwisko dziecka), ur..... (data urodzenia), ucznia klasy Szkoły Podstawowej w Kielnie, podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły albo w wyznaczonym punkcie szczepień.

Dodatkowo zgłaszam (liczba) członka/ów rodziny niebędących uczniami szkoły w Kielnie chętnego/yh do zaszczepienia podczas ww. akcji**.

Podpis rodzica dziecka:

.....

*niepotrzebne skreślić

**na odwrocie strony należy wpisać imiona i nazwiska wszystkich chętnych osób oraz nr telefonu do kontaktu

Data:

Miejscowość:

Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego

Ja, (imię i nazwisko), posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka: (imię i nazwisko dziecka), ur..... (data urodzenia), ucznia klasy Szkoły Podstawowej w Kielnie, podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły albo w wyznaczonym punkcie szczepień.

Dodatkowo zgłaszam (liczba) członka/ów rodziny niebędących uczniami szkoły w Kielnie chętnego/yh do zaszczepienia podczas ww. akcji**.

Podpis rodzica dziecka:

.....

*niepotrzebne skreślić

**na odwrocie strony należy wpisać imiona i nazwiska wszystkich chętnych osób oraz nr telefonu do kontaktu

Empty rectangular box for stamp or signature.

Data:

Miejscowość:

Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego

Ja, (imię i nazwisko),

posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:

..... (imię i nazwisko dziecka),

ur. w (data i miejsce urodzenia)

ucznia klasy szkoły podstawowej w Kielnie, podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły albo w wyznaczonym punkcie szczepień.

Dodatkowo, zgłaszam (liczba) członka/ów rodzinychętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji: stopień pokrewieństwa.....

imię i nazwisko.....

telefon kontaktowy.....**

Podpis rodzica dziecka:

.....

*niepotrzebne skreślić

**powielić dla każdego członka rodziny