Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia przeciw HPV w szkole

Oświadczam, że moje dziecko[1]:

☐ nie było szczepione przeciw HPV

☐ otrzymało pierwszą dawkę szczepionki **Cervarix/Gardasil9**[2] przeciw HPV

w dniu……..

(Należy wskazać datę szczepienia)

……..

(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)

[1] Zaznacz właściwe

[2] Zaznacz właściwą nazwę szczepionki