

Oświadczenie
o wykonaniu u kandydata obowiązkowych szczepień zgodnie z Programem Szczepień
Ochronnych lub braku wykonania szczepień u kandydata, który z przyczyn medycznych
nie podlega Programowi Szczepień Ochronnych

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....

zamieszkała/y

legitymująca/y się dowodem osobistym nrwydanym przez

.....

oświadczam, że kandydat:.....

(imię i nazwisko dziecka)

	TAK
ma wykonane obowiązkowe szczepienia zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych	<input type="checkbox"/>
nie ma wykonanych obowiązkowych szczepień, z przyczyn medycznych nie podlega Programowi Szczepień Ochronnych	<input type="checkbox"/>

* Proszę wstawić we właściwym miejscu „X”

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis rodzica)