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),
ucznia / wychowanka\* klasy ……………... Publicznej Szkoły Podstawowej w Węgrzynowie

podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu

2021 r. w wyznaczonym punkcie szczepień-**Przychodni Zdrowia w Płoniawach-Bramurze**

Dodatkowo, zgłaszam ….. (liczba) członka/ów rodziny ………………… (stopień pokrewieństwa) chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.

Podpis rodzica dziecka:

……………………………..

\* niepotrzebne skreślić