

Świętochłowice, dnia

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Upoważniam niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem, w czasie badania kwalifikowanego oraz obowiązkowego szczepienia ochronnego. Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

Osoba upoważniona:

.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres osoby upoważnionej)

Dane rodzica / opiekuna prawnego*

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

* niewłaściwe skreślić

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego / faktycznego)