|  |
| --- |
| 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 …....... Szkoły / ~~placówki~~\* Podstawowej im. Św. Jadwigi Królowej w rabie Wyżnejpodczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie ~~szkoły/placówki\*~~ albo w wyznaczonym punkcie szczepień.Dodatkowo, zgłaszam …….. (liczba) członka/ów rodziny ………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(stopień pokrewieństwa) chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.Podpis rodzica dziecka:………………..……………………………..\* niepotrzebne skreślić |