|  |
| --- |
| 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 Wyżnej  podczas 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 |