Załącznik nr 5

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego
ubiegającego się o udział w Projekcie

……

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

(oświadczenie o przeciwwskazaniach medycznych dziecka do szczepień,
zgodnych z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych)

Ja niżej podpisana/y …….

(Imię i nazwisko Rodzica)

oświadczam, że moje dziecko …… posiada przeciwwskazania medyczne

(Imię i nazwisko dziecka)

do obowiązkowych szczepień, zgodnych z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia.

……. …….

Miejscowość i data Czytelny podpis

Realizator Projektu
Miasto Brzeziny