Załącznik nr 5

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

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

Ja niżej podpisana/y

……
(Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego)

oświadczam, że moje dziecko ……..……
(Imię i nazwisko dziecka)

posiada przeciwwskazania medyczne do obowiązkowych szczepień, zgodnych z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych.

……. …..…….…….

Miejscowość i data Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego