

.....
miejsowość i data

.....
.....
.....
.....

Imię i nazwisko, adres, telefon

OŚWIADCZENIE

**o wykonaniu u dziecka obowiązkowych szczepień ochronnych
lub niewykonaniu obowiązkowych szczepień ochronnych ze
względów zdrowotnych stwierdzonych przez lekarza**

Ja.....
(imię i nazwisko rodzica)

oświadczam, że moje dziecko:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ma wykonane obowiązkowe szczepienia ochronne/ ma niewykonane obowiązkowe szczepienia
ochronne ze względów zdrowotnych stwierdzonych przez lekarza, zgodnie z rozporządzeniem
Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753
z późn.zm).

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis)