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 klasy … ... szkoły ……………………………………….………….……………..

podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej   
we wrześniu 2021 r.w wyznaczonym punkcie szczepień – Mazowiecki Szpital Wojewódzki..

Podpis rodzica dziecka:

……………………………..