

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia
przeciw HPV w szkole**

Oświadczam, że moje dziecko¹:

- ☐ nie było szczepione przeciw HPV
- ☐ otrzymało pierwszą dawkę szczepionki Cervarix/Gardasil92 przeciw HPV
w dniu.....

(Należy wskazać datę szczepienia)

.....

(Data i czytelny podpis)

Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV
w szkole

Ja

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....

.....

(Imię i nazwisko osoby małoletniej)

(Adres zamieszkania osoby małoletniej)

(PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr
dokumentu tożsamości) i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej
przeciw HPV w szkole.

.....

(Data i czytelny podpis)

¹ Zaznacz właściwe

² Zaznacz właściwą nazwę szczepionki