|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko dziecka |  |
| Data urodzenia dziecka |  |
| Data wystawienia upoważnienia |  |

**UPOWAŻNIENIE DO SZCZEPIEŃ**

Ja, niżej podpisana / podpisany, jako przedstawiciel ustawowy ww. dziecka, upoważniam (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do sprawowania opieki nad dzieckiem w czasie badań kwalifikowanych oraz obowiązkowych szczepień ochronnych w poniższym zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
|  | jednorazowo w dniu (*proszę wskazać datę*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  | na czas określony (*proszę wskazać daty*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  | do odwołania. |

Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)