

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

Oświadczam, że moje dziecko¹:

☐ nie było szczepione przeciw HPV

☐ otrzymało pierwszą dawkę szczepionki **Cervarix/Gardasil9**² 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