

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 / wychowanka\* klasy ..... szkoły / placówki\* .....  
podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej  
we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły/placówki\* albo w wyznaczonym punkcie szczepień\*\*  
Dodatkowo, zgłaszam ..... (liczba) członka/ów rodziny ..... (stopień  
pokrewieństwa) chętnego/yh do zaszczepienia podczas ww. akcji.

Podpis rodzica dziecka:

.....

\* niepotrzebne skreślić    \*\* oddział dziecięcy Powiatowego Szpitala w Dębicy tel. 14 6808371

Data: .....

Miejscowość: .....

### **Deklaracja pracownika**

Ja, ..... (imię i nazwisko),  
wyrażam chęć zaszczepienia się podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia  
prowadzonej przez szkołę we wrześniu 2021 r., zorganizowanej na terenie szkoły/placówki\*  
albo w wyznaczonym punkcie szczepień\*\*.

Podpis pracownika:

.....

\* właściwe podkreślić \*\* oddział dziecięcy Powiatowego Szpitala w Dębicy tel. 14 6808371