

Pieczętka poradni

Konin dnia.....

**Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Koninie
ul. Staszica 16, 62-500 Konin**

Zgłaszam rodziców uchylających się od szczepień swojego dziecka:

MATKA

Imię i nazwisko :

Pesel :

Adres zamieszkania:

OJCIEC

Imię i nazwisko :

Pesel :

Adres zamieszkania:

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Brakujące szczepienia:

.....
.....
.....

Podjęte przez lekarza rodzinnego działania (opisać jakie) :

.....
.....

Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia (stwierdza p/wskazania lub nie stwierdza p/wskazań) :

.....
.....

Podpis lekarza rodzinnego

UWAGA: Każde dziecko zgłaszać na osobnym druku z kserokopią karty uodpornienia i drukiem świadomej odmowy szczepień.
Wypełniać przy zgłoszeniu pierwszorazowym.