|  |
| --- |
| 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 klasy …... Szkoły Podstawowej nr 34 w Gdyni,podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. w wyznaczonym punkcie szczepień, tj. Przychodni NZOZ - Wzgórze św. Maksymiliana w Gdyni przy ul. Legionów 67.Dodatkowo, zgłaszam ….. (liczba) członka/ów rodziny ………………… (stopień pokrewieństwa) chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.Podpis rodzica dziecka:……………………………..\* niepotrzebne skreślić |