|  |
| --- |
| 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 |