

Opole, dnia

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie
osoby nieletniej objętej świadczeniami zdrowotnymi**

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam.
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego / pozostającego pod moją opieką / dziecka

.....PESEL.....
(imię i nazwisko dziecka)

szczepionką przeciw wirusowi HPV odpowiedzialnemu m.in. za raka szyjki macicy.

Dziecko jest zapisane do
(nazwa i adres szkoły)

.....
(podpis)