

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej
na szczepienie**

Ja,
zam.....

wyrażam zgodę na objęcie Programem szczepień przeciw wirusowi HPV
(trzy dawki) mojego dziecka
(imię nazwisko dziecka)

PESEL

Córka uczęszcza do
(nazwa szkoły)

W przypadku odstąpienia od kontynuacji Programu szczepień, po podaniu
I dawki, zobowiązuję się do pokrycia poniesionych kosztów, pochodzących ze
środków publicznych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)