

Imię (imiona) i nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Data wystawienia upoważnienia	

UPOWAŻNIENIE DO SZCZEPIEŃ

Ja, niżej podpisana / podpisany, jako przedstawiciel ustawowy ww. dziecka, upoważniam (*proszę wskazać imię, nazwisko i datę urodzenia osoby upoważnionej*)

do sprawowania opieki nad dzieckiem w czasie badań kwalifikowanych oraz obowiązkowych szczepień ochronnych w poniższym zakresie:

- ☐ jednorazowo w dniu (*proszę wskazać datę*) _____,
- ☐ na czas określony (*proszę wskazać daty*) _____,
- ☐ do odwołania.

Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)