

Oświadczenie

o wykonaniu u kandydata obowiązkowych szczepień zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych lub braku wykonania szczepień u kandydata, który z przyczyn medycznych nie podlega Programowi Szczepień Ochronnych

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....

zamieszkała/y

legitymująca/y się dowodem osobistym nrwydanym przez

.....

oświadczam, że kandydat:

- ma wykonane obowiązkowe szczepienia zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych
lub
- nie ma wykonanych obowiązkowych szczepień, ponieważ z przyczyn medycznych nie podlega Programowi Szczepień Ochronnych.

.....

(data i czytelny podpis)