Imię (imiona) i nazwisko dziecka	
Data urodzenia[1] dziecka	
Data wystawienia upoważnienia	

UPOWAŻNIENIE DO SZCZEPIEŃ (PRZED 6. ROKIEM ŻYCIA)

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 nieobowiązkowych szczepień ochronnych w poniższym zakresie:

- ☐ jednorazowo w dniu (*proszę wskazać datę*) __.__.20__ r.,
- ☐ na czas określony (*proszę wskazać daty*) __.__.20__ r. - __.__.20__ r.,
- ☐ do odwołania.

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

_____

(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

[1] Data urodzenia służy jedynie odróżnieniu osób o tym samym imieniu i nazwisku.