Data: …………………… Miejscowość: Kazimierz Dolny

**Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego**

Ja, …………………………………………………………..………. (imię i nazwisko),

posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą\*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:

……………………………………………….…………………..................... (imię i nazwisko dziecka), ucznia / wychowanka\* klasy …........ Szkoły Podstawowej nr 1 im Kazimierza Wielkiego w Kazimierzu Dolnym podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły/placówki\* albo w wyznaczonym punkcie szczepień.

Dodatkowo, zgłaszam ….. (liczba) członka/ów rodziny ……………………… (stopień pokrewieństwa) chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.

Podpis rodzica dziecka:

……………………………..

\* niepotrzebne skreślić