|  |
| --- |
| Data: ……………………Miejscowość: …………….**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 2 w Nowej Rudziepodczas 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 |