|  |
| --- |
| Iława, ..……………………  *data*  **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 klasy …….. Szkoły Podstawowej Nr 4 im. Polskich Podróżników w Iławie  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 ……... członka/ów rodziny …………………………………….…  *(liczba) (stopień pokrewieństwa)*  chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.  \* niepotrzebne skreślić  ……..……………………………..  *Podpis rodzica dziecka* |