

Imię (imiona) i nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Data wystawienia upoważnienia	

UPOWAŻNIENIE DO SZCZEPIEŃ

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 obowiązkowych szczepień ochronnych w poniższym zakresie:

- jednorazowo w dniu (proszę wskazać datę) _____
- na czas określony (proszę wskazać daty) _____
- do odwołania.

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

(podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)