

Łódź, dnia .....

pieczęta poradni

**Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi  
ul. Przybyszewskiego 10  
93-189 Łódź**

**Zgłoszenie rodziców uchylających się od obowiązku wykonania szczepień dziecka:**

**MATKA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**OJCIEC**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**DANE DZIECKA**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

**BRAKUJĄCE SZCZEPIENIA:** .....

.....

**POWÓD ODMOWY (zaznaczyć właściwy)**

ODRĘBNOŚĆ KULTUROWA/RELIGIJNA  WPLYW ŚRODOWISK PROPAGUJĄCYCH MEDYCYNĘ ALTERNATYWNA

WPLYW RUCHÓW ANTYSZCZEPIONKOWYCH  NOP U OSOBY ZOBOWIĄZANEJ  INNA PRZYCZYNA

**PODJĘTE DZIAŁANIA (opisać jakie):** .....

.....

.....

.....

**OPINIA LEKARSKA W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI DO SZCZEPIENIA** (stwierdza przeciwwskazania lub nie stwierdza przeciwwskazań):

.....

.....

.....

.....  
Podpis lekarza

**Uwaga :**

Wraz z formularzem „Zgłoszenia rodziców uchylających się obowiązku wykonania szczepień dziecka” należy przesłać:

1. kserokopię karty uodpornienia dziecka podpisaną za zgodność z oryginałem;
2. kserokopię pisemnego oświadczenia obojga rodziców o braku zgody na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego zaopatrzonego w datę i podpisy rodziców - fakt ten powinien być odnotowany przez lekarza w dokumentacji medycznej dziecka;
3. kserokopię wpisu dokonanego przez lekarza w dokumentacji medycznej dziecka w przypadku odmowy podpisania oświadczenia przez rodziców.