

## Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia przeciw HPV w szkole

Oświadczam, że moje dziecko<sup>1</sup>:

nie było szczepione przeciw HPV

otrzymało pierwszą dawkę szczepionki **Cervarix/Gardasil9<sup>2</sup>** przeciw HPV

w dniu.....

(Należy wskazać datę szczepienia)

.....

(Data i czytelny podpis)

## Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole

Ja .....

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....

(Imię i nazwisko osoby małoletniej)

.....

(Adres zamieszkania osoby małoletniej)

.....

(PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości)

i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV w szkole.

.....

(Data i czytelny podpis)

---

<sup>1</sup> Zaznacz właściwe

<sup>2</sup> Zaznacz właściwą nazwę szczepionki

**Deklaracja przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole**

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia szczepionką<sup>1</sup>:

- a. Gardasil 9
- b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem<sup>1</sup>.

**Wyrażam/nie wyrażam<sup>1</sup> zgodę(y) na szczepienie dziecka w szkole bez mojej obecności.**

.....  
(Data i czytelny podpis)

---

<sup>1</sup> Podkreśl właściwe.