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

Oświadczam, że moje dziecko: ……………………………………………………………………….. (imię i nazwisko) [[1]](#footnote-1)  
 nie było szczepione przeciw HPV  
 otrzymało pierwszą dawkę szczepionki Cervarix/Gardasil9[[2]](#footnote-2) przeciw HPV w dniu ………………………………………..

……………………………………  
(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

nie wyrażam zgody na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV w szkole

…………………………………..  
(Data i czytelny podpis)

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

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia szczepionką[[3]](#footnote-3):

Gardasil9

Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałem/am.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody[[4]](#footnote-4) na szczepienie dziecka w szkole bez mojej obecności.

……………………………………………..  
(data i czytelny podpis)

1. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć właściwie [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)