



Katowice:.....

.....
Imię i nazwisko Dziecka

.....
PESEL

.....
adres

Upoważniam niżej wymienione osoby, do sprawowania opieki nad moim dzieckiem, w czasie badania kwalifikacyjnego oraz obowiązkowego szczepienia ochronnego. Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

Osoby upoważnione:

(proszę podać imię, nazwisko, PESEL oraz adres osób upoważnionych)

Dane rodzica (prawnego opiekuna):

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy