|  |
| --- |
| Data: …………………….………….……Miejscowość: …………………..……….**Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego**Ja, …………………………………………………………..………. (imię i nazwisko), posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą\*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:imię i nazwisko dziecka ……………………………………………….…………………...., PESEL……………………………. ucznia / wychowanka\*, klasy ……... XXII Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Jose Marti w Warszawie, ul. Staffa 111,podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie punktu szczepień w Warszawskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych przy Al. Reymonta 8, tel. 22 815 20 07, 530 533 324.Dodatkowo, zgłaszam ….. (liczba) członka/ów rodziny ………………… (stopień pokrewieństwa) chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.Numer telefonu kontaktowego do rodzica w celu umówienia terminu szczepienia………………………………..Podpis rodzica dziecka:……………………………..\* niepotrzebne skreślić |