|  |
| --- |
| 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 |