

**OŚWIADCZENIE**.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

legitymująca/y się dowodem osobistym .....

Seria i nr dowodu osobistego

.....  
adres zamieszkaniaproszę o przesłanie **KARTY UODPORNIEŃ** mojego dziecka (syna/córki)\*.....  
imię i nazwisko dziecka

urodzonego/nej dnia .....

PESEL .....

data urodzenia

PESEL dziecka

zamieszkałego/łej .....

.....  
adres zamieszkania/zameldowania dziecka

**W związku z wykonywaniem obowiązkowego Programu Szczepień Ochronnych proszę o przesłanie karty uodpornienia dziecka do placówki medycznej na podany adres:**

.....  
nazwa placówki.....  
adres placówki.....  
data i czytelny podpis osoby wydającej kartę.....  
data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna

\* Niepotrzebne skreślić