

.....dnia .....2017r.  
(miejscowość)

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie osoby nieletniej objętej świadczeniami**

Ja .....  
(imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego)

zam. ....tel. ....  
(adres zamieszkania)

**rodzic/opiekun prawny dziecka**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

ur.....  
(data urodzenia) (pesel)

Dziecko należy do Przychodni .....

**1. Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka**

jedną dawką szczepionki przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wykonania szczepienia  
mojemu dziecku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych  
(Dz.U.z 2002r., Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

.....  
(czytelny podpis rodzica)

**2. Nie wyrażam zgody na zaszczepienie mojego dziecka**

.....  
(czytelny podpis rodzica)

**2. Dziecko zostało już zaszczepione**

.....  
(czytelny podpis rodzica)