

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące
szczepienia przeciw HPV w szkole**

1. Oświadczam, że moje dziecko¹:

- ☐ nie było szczepione przeciw HPV
- ☐ otrzymało pierwszą dawkę szczepionki Cervarix/Gardasil² przeciw HPV

w dniu
(należy wskazać datę szczepienia)

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

2. Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole:

Ja
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....
(imię i nazwisko osoby małoletniej)

.....
(adres zamieszkania osoby małoletniej)

.....
(PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości)

i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV w szkole.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

3. Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia szczepionką¹:

- a. Gardasil 9
- b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem¹.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

4. Wyrażam/nie wyrażam¹ zgodę(y) na szczepienie dziecka w szkole bez mojej obecności.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

¹ Zaznacz właściwe

² Zaznacz właściwą nazwę szczepionki