

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),  
ucznia klasy ..... Szkoły Podstawowej nr 120 z Oddziałami Integracyjnymi im. Pułków  
Piechoty „Dzieci Warszawy”

podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej  
we wrześniu 2021 r. w wyznaczonym punkcie szczepień - **Punkt szczepień - Zakład  
Lecznictwa Otwartego, ul. Ostrołęcka 4, 04-102 Warszawa**

Dodatkowo, zgłaszam ..... (liczba) członka/ów rodziny ..... (stopień  
pokrewieństwa) chętnego/yh do zaszczepienia podczas ww. akcji.

Podpis rodzica dziecka:

.....

\* niepotrzebne skreślić