

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

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

Oświadczam, że moje dziecko<sup>1</sup>:

- nie było szczepione przeciw HPV;
- otrzymało pierwszą dawkę szczepionki Cervarix/Gardasil9<sup>2</sup> przeciw HPV w dniu.....

(Należy wskazać datę szczepienia)

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis przedstawicielki/przedstawiciela  
ustawowego lub opiekunki/opiekuna.*

### **Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole**

Ja .....  
(Imię i nazwisko)

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 podpis przedstawicielki/przedstawiciela  
ustawowego lub opiekunki/opiekuna.*

<sup>1</sup> Zaznacz właściwe

<sup>2</sup> Zaznacz właściwą nazwę szczepionki

**Deklaracja przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole**

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia szczepionką<sup>1</sup>:

- a. Gardasil 9
- b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem<sup>1</sup>.

**Wyrażam/nie wyrażam<sup>1</sup> zgodę(y) na szczepienie dziecka w szkole bez mojej obecności.**

---

*Data i podpis przedstawicielki/przedstawiciela  
ustawowego lub opiekunki/opiekuna.*

---

<sup>1</sup>Podkreśl właściwe.

## Kwalifikacja do szczepienia

Wypełnia Przedstawiciel Ustawowy/Opiekun dziecka:

\_\_\_\_\_  
*Imię i nazwisko dziecka (czytelnie)*

\_\_\_\_\_  
*PESEL dziecka (czytelnie)*

Czy kiedykolwiek po szczepieniu u dziecka występowały działania niepożądane? Jeżeli tak to jakie? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

Czy dziecko było szczepione wcześniej przeciwko rakowi szyjki macicy? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

Czy u dziecka obecnie występuje choroba przebiegająca z gorączką? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia odporności i czy zażywa leki obniżające odporność? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia krzepnięcia krwi? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

Czy dziecko jest w ciąży lub czy są podejrzenia że może być? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

Czy u dziecka występują schorzenia przewlekłe? Jeżeli tak to jakie? \_\_\_\_\_ TAK/NIE

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis przedstawicielki/przedstawiciela  
ustawowego lub opiekunki/opiekuna.*

Wypełnia personel Centrum Medycznego im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie - SPZ ZOZ:

Uwagi lekarza:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Data, pieczętka i podpis lekarza*