|  |
| --- |
| 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 / ~~wychowanka\*~~ klasy …... II Liceum Ogólnokształcącego im. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego w Świdniku podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły/~~placówki\*~~ albo w wyznaczonym punkcie szczepień.  Dodatkowo, zgłaszam ….. (liczba) członka/ów rodziny ………………… (stopień pokrewieństwa) chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.  Podpis rodzica dziecka:  ……………………………..  \* niepotrzebne skreślić |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

|  |
| --- |
| Data: ……………………  Miejscowość: …………….  **Deklaracja pracownika**  Ja, ………………………………………………………….……………. (imię i nazwisko), wyrażam chęć zaszczepienia się podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia prowadzonej przez szkołę we wrześniu 2021 r., zorganizowanej na terenie szkoły/placówki albow wyznaczonym punkcie szczepień.  Podpis pracownika:  …………………………….. |