



## Upoważnienie

Upoważniam niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem ..... , w czasie badania  
(imię, nazwisko, pesel)  
kwalifikującego oraz obowiązkowego szczepienia ochronnego.

Jednocześnie informuję o braku przeciwwskazań do szczepień.

### Osoba upoważniona:

.....  
(imię, nazwisko, nr. dowodu osobistego)

### Dane rodzica / opiekuna prawnego / faktycznego:

.....  
(imię, nazwisko, telefon)

.....  
podpis rodzica