

**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 czytelny podpis)

**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.

.....

---

<sup>1</sup> Zaznacz właściwe

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