

(pieczęć placówki)

WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ

Lp.	Imię, nazwisko, nr PESEL dziecka	Data urodzenia	Imię, nazwisko, adres, nr PESEL opiekunów prawnych dziecka	Nr telefonu	Wykaz zaległych szczepień	Przyczyna uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych (do wyboru)*
1	2	3	4	5	6	7

* odrębność kulturowa, religijna lub etniczna/ wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną/ wpływ ruchów antyszczepionkowych/ wcześniej NOP u osoby zobowiązanej/ inna przyczyna (jaka?)

(podpis i pieczęć kierownika placówki)