

....., dnia.....

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że dziecko: urodzone
(imię i nazwisko) (data i miejsce urodzenia)

zostało poddane / zostało zwolnione z przyczyn zdrowotnych z poddania się* obowiązkowym
szczepieniom ochronnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w
sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t. j. Dz. U z 2018 r. poz. 753 ze zm.).

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Niepotrzebne skreślić