BabyNow

Pieczęć zakładu ……

Miejscowość, data

Zaświadczenie Lekarskie-
Potwierdzenie wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych lub o długotrwałym odroczeniu ich wykonania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.)

Imię i nazwisko dziecka……
Data urodzenia i PESEL…….
Adres…….

Dziecko:

- odbyło obowiązkowe szczepienia
- wymaga odroczenia szczepień według obowiązującego kalendarza ze względów medycznych do ……(orientacyjny termin odroczenia szczepienia – do kiedy)*

określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2018 r. poz.753 z późn. zm.)

…….

Podpis oraz pieczęć lekarza prowadzącego

Załącznik:

- Kserokopia strony z książeczki zdrowia dotycząca wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych potwierdzona za zgodność z oryginałem – podpis

*odpowiednie zakreślić

Opracowane przez poł.rat.med. mgr Laurencja Kurkiewicz nr prawa wykonywania zawodu: 2811693A