

**Deklaracja przedstawiciela ustawowego dziecka  
dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole**

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia szczepionką<sup>1</sup>:

- a. Gardasil 9
- b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem<sup>1</sup>.

**Wyrażam/nie wyrażam<sup>1</sup> zgodę(y) na szczepienie dziecka w szkole bez mojej obecności.**

.....  
(Imię i nazwisko dziecko, klasa)

.....  
(Data i czytelny podpis)

---

<sup>1</sup> Podkreśl właściwe.