

Pieczęć zakładu

Adresat
**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Dąbrowie Górniczej**

**WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ
OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ
ZA OKRES.....**

Lp.	Imię, nazwisko, nr PESEL dziecka	Data urodzenia	Imię, nazwisko, adres, nr PESEL opiekuna prawnego dziecka	Wykaz zaległych szczepień

Miejscowość i data

Podpis kierownika zakładu