

....., dn. .... 20.... r..

PESEL .....

(imię i nazwisko małoletniego, adres, PESEL)

PESEL .....

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, adres, PESEL)

### **Upoważnienie**

przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego do sprawowania opieki nad małoletnim w czasie badania lekarskiego, w tym kwalifikującego do szczepienia ochronnego i w czasie wykonywania szczepienia

Upoważniam niżej wymienione osoby do sprawowania opieki nad moim dzieckiem w czasie badania lekarskiego, w tym kwalifikującego do szczepienia ochronnego i w czasie wykonywania szczepienia w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna w Grójcu

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej, adres PESEL)

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego)