

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

Alulírott (I. törvényes képviselő)

neve:
születési helyes és ideje:
lakóhelye:
mint (gyermek neve)
gyermek születési helye és ideje:
gyermek lakóhelye:
törvényes képviselője kijelentem, hogy a meningococcus fertőzés elleni, Baja Város Önkormányzat által biztosított védőoltásról szóló felvilágosítást jelen nyilatkozatom aláírása előtt megismertem, megértettem és tudomásul vettem. Mindezen információk alapján kérem és hozzájárulok ahhoz, hogy a védőoltást fent nevezett gyermekem részére beadják.

Kelt:,

.....
I. törvényes képviselő olvasható neve
és aláírása

Alulírott (II. törvényes képviselő)

neve:
születési helyes és ideje:
lakóhelye:
mint (gyermek neve)
gyermek születési helye és ideje:
gyermek lakóhelye:
törvényes képviselője kijelentem, hogy a meningococcus fertőzés elleni, Baja Város Önkormányzat által biztosított védőoltásról szóló felvilágosítást jelen nyilatkozatom aláírása előtt megismertem, megértettem és tudomásul vettem. Mindezen információk alapján kérem és hozzájárulok ahhoz, hogy a védőoltást fent nevezett gyermekem részére beadják.

Kelt:,

.....
II. törvényes képviselő olvasható neve
és aláírása