

Dichiarazione dei genitori sulle vaccinazioni obbligatorie
DECLARAȚIA PĂRINȚILOR ASUPRA VACCINELOR OBLIGATORII

Scuola / ȘCOALA

via / corso / ADRESA

anno scolastico / ANUL ȘCOLAR.....

I seguenti genitori / PĂRINȚII.....

dell'alunno/a / ELEVULUI.....

nato/a il / NĂSCUT ÎN.....DATA.....

Sezione / SECȚIA.....

considerando che le principali vaccinazioni obbligatorie **dichiarano**, che l'alunno/a è stato **sottoposto alle seguenti vaccinazioni obbligatorie**, crocettando la risposta:

CONSIDERÎND PRINCIPALELE VACCINĂRI OBLIGATORII DECLAR CĂ ELEVUL A FOST SUPUS LA URMĂTOARELE VACCINARI OBLIGATORII, PUNÎND UN X CA RĂSPUNS:

- Poliomielite POLIOMELITE DA NU

☐ si

☐ no

- Difterite DIFTERITE DA NU

☐ si

☐ no

- Tetano ANTITETANICA DA NU

☐ si

☐ no

- Pertosse TUSE SEACA DA NU

☐ si

☐ no

- Epatite B HEPATITA B DA NU

☐ si

☐ no

Data..... DATA

Firma.....(Il genitore che esercita la patria potestà)
 SEMNATURA.....(PĂRINTELE RESPONSABIL)