

Dichiarazione dei genitori sulle vaccinazioni obbligatorie
疫苗接种声明

Scuola 学校名称
via / corso 地址
anno scolastico 学年

I seguenti genitori /学生家长
dell'alunno/a /学生姓名
nato/a il /出生日期 a 出生地
sezione /班级

Dichiarano, segnando la risposta,
声明

che l'alunno/a è stato **sottoposto alle seguenti vaccinazioni obbligatorie:**
学生曾接种过下列疫苗

- Poliomielite

si
no

- Difterite

si
no

- Tetano

si
no

- Pertosse

si
no

- Epatite B

si
no

脊髓灰质炎

是
否

白喉

是
否

破伤风

是
否

百日咳

是
否

乙型肝炎

是
否

Data/日期.....
Firma.....(Il genitore che esercita la patria potestà)
家长签字.....