

**Dichiarazione dei genitori sulle vaccinazioni obbligatorie**

DECLARATIA PARINTILOR ASUPRA VACCINELOR OBLIGATORII

Scuola / SCOALA .....  
 via / corso / ADRESA .....  
 anno scolastico / AN SCOLAR.....

**I seguenti genitori** / PARINTI.....  
 dell'alunno/a / ELEVULUI.....  
 nato/a il / NASCUT ÎN..... DATA.....  
 Sezione / SECTIA.....

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

CONSIDERÎND PRINCIPALELE VACCINARI OBLIGATORII DECLAR CA ELEVUL A FOST SUPUS LA URMATOARELE VACCINARI OBLIGATORII, PUNÎN UN X CA RASPUNS:

- 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

si

no

si

no

Data..... DATA

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