

OBVEZNO CEPLJENJE

(v smislu 3. odstavka, 38. Čl. DPR 445/2000)

Podpisani/a			
rojen/a v		pokr.	()
dne		davčna številka	
telefon		mobitel	
e-pošta			

 roditelj skrbnik

učenca/ke	
-----------	--

ki obiskuje

<input type="checkbox"/> otroški vrtec	<input type="checkbox"/> Ringaraja (Gorica, ul. Brolo) <input type="checkbox"/> Sonček (Gorica, ul. Max Fabiani) <input type="checkbox"/> Pika Nogavička (Štandrež) <input type="checkbox"/> Pikapolonica (Pevma) <input type="checkbox"/> Kekec (Števerjan) <input type="checkbox"/> Mavrica (Bračan)	
<input type="checkbox"/> osnovno šolo	<input type="checkbox"/> O. Župančič (Gorica) <input type="checkbox"/> F. Erjavec (Štandrež) <input type="checkbox"/> J. Abram (Pevma) <input type="checkbox"/> A. Gradnik (Števerjan) <input type="checkbox"/> L. Zorzut (Bračan)	razred _____
<input type="checkbox"/> srednjo šolo	<input type="checkbox"/> I. Trinko (Gorica)	razred _____

S tem v zvezi, zavedajoč se, da bom v primeru lažnih izjav kaznovan/a v smislu Kazenskega zakonika, kot predpisano v 76.členu DPR 445/2000

IZJAVLJAM,

da je moj sin/moja hči cepljen/a

- proti poliomelitisu (antipoliomielitica)
- proti davici (antidifterica)
- proti tetanusu (antitetanica)
- proti hepatitisu B (antiepatite B)
- proti oslovskemu kašlju (antipertosse)
- proti haemophilusu B (antiHaemophilusinfluenzae tipo b)

- proti ošpicam (antimorbillo)
- proti rdečkam (antirosolia)
- proti vnetju obušesnice (antiparotite)
- proti noricam (antivaricella)

- proti meningokoku B (anti-meningococcica B)*
 - proti meningokoku C (anti-meningococcica C)*
 - proti pnevmokoku (anti-pneumococcica) *
 - proti rotavirusu (anti-rotavirus)*
- * nevezno

da bo moj sin cepljen /moja hči cepljena, kot izhaja iz priložene napotnice, dne _____

da je moj sin/moja hči oproščen/a obveznosti za sledeča cepljenja:

- ker je bolezen že prebolel/a
- ker je v posebnem kliničnem stanju
- Prilagam potrdilo Zdravstvene službe/družinskega zdravnika
D0r. _____

Podpisani/a se obvezujem, da bom do izročil/a dokumentacijo, v skladu s predpisi, ki potrjuje obvezno cepljenje, kot predvideno po obstoječih predpisih.

S spoštovanjem

Datum _____

(berljiv) podpis _____