

Разрешение на прививку вакцины Novel H1N1

Только для получения разрешения **родителя/опекуна, если дающий разрешение взрослый не присутствует вместе с ребенком** (напр., школьные пункты вакцинации)

Я получил(а), прочитал(а) и понимаю **Информационное извещение о вакцине Novel H1N1**.

У меня была возможность задать вопросы и обсудить их с работником здравоохранения.

Я разрешаю (название организации) _____ сделать ребенку прививку Novel H1N1 в моё отсутствие.

Сведения о ребенке, получающем вакцину (пожалуйста, пишите печатными буквами)

Имя:	_____	_____	_____
	<i>Фамилия</i>	<i>Первое имя</i>	<i>Второе имя</i>
ID ученика:	_____	SSN:	_____
Дата рождения:	_____	Пол:	_____
		<i>(М или Ж)</i>	Раса: _____
Адрес:	_____	_____	_____
	<i>Улица</i>	<i>Город</i>	
	_____	_____	_____
	<i>Округ</i>	<i>Штат</i>	<i>Почтовый индекс</i>
Телефон #:	_____	Моб. #:	_____
Школа:	_____		
Класс:	_____		

Я, _____, (*имя взрослого, дающего разрешение, печатными буквами*) имею к вышеназванному ребенку следующее отношение (*отметьте родство*).

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Постановление суда | <input type="checkbox"/> Опекун | <input type="checkbox"/> Отец | <input type="checkbox"/> Мать |
| <input type="checkbox"/> Взрослая тетя | <input type="checkbox"/> Взрослый брат | <input type="checkbox"/> Взрослая сестра | <input type="checkbox"/> Взрослый дядя |
| <input type="checkbox"/> Дедушка | <input type="checkbox"/> Бабушка | <input type="checkbox"/> Мачеха | <input type="checkbox"/> Отчим |

Я обладаю юридическим правом на основании указанного выше родства в соответствии с положением 743.0645, F.S., разрешить вакцинацию вышеназванного ребенка.

Имя печатными буквами

Подпись

Дата

Заполняется работником

_____	_____	_____
Дата вакцинации	Тип вакцины	Номер партии
_____	_____	_____
Кем введена	Должность	