

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

Izjava o saglasnosti zakonskog staratelja

☞ Popunite i potpišite ovaj formular. Vaša ćerka / sin dužan/na ga je predati u školi. Hvala.

Lični podaci deteta (u obliku u kom su navedeni na ličnoj karti, pasošu ili boravišnoj dozvoli):

| | |
|---|--|
| Prezime: | |
| Ime: | |
| Datum rođenja: | |
| Pol: | |
| Ulica i kućni broj | |
| Poštanski broj, ime mesta | |
| Razred: | |
| Broj mobilnog telefona za preuzimanje sertifikata | |

Označite Da ili Ne:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Da , saglasni smo sa time da se naša ćerka / naš sin vakciniše u školi protiv Covid-19 bolesti. |
| <input type="checkbox"/> | <i>Ako ste označili „Da“, odgovorite na sledeće pitanje:</i> Potvrđujemo da naša ćerka / naš sin, koliko nam je poznato, nije alergičan/na na polietilen glikol 2000 (Makrogol) ili trometamin. |
| <input type="checkbox"/> | Ne , ne želimo da se naša ćerka / naš sin vakciniše u školi protiv Covid-19 bolesti, odnosno naša ćerka / naš sin već je vakcinisan(a). |

Potpisana osoba potvrđuje tačnost podataka:

Mesto, datum:

Ime i prezime te potpis najmanje jednog zakonskog staratelja

Ime i prezime: _____

Potpis: _____

Ime i prezime: _____

Potpis: _____