

Главному врачу поликлиники №/ или Директору школы №/ или
Заведующему детским садом № _____ района, _____ города (села,
деревни) От _____ ФИО заявителя _____

Заявление

Я, _____ ФИО, паспортные данные _____ отказываюсь
делать все профилактические прививки (или указываете, какие конкретно
прививки вы отказываетесь делать) своему ребенку _____ ФИО ребенка,
дата рождения _____, состоящему на учете в поликлинике № (или
посещающему детский сад №, или школу №). Юридическое основание –
законодательство Российской Федерации, а именно "Основы
законодательства РФ об охране здоровья граждан" от 22.07.1993 года №
5487-1, статьи 32, 33 и 34 и "Об иммунопрофилактике инфекционных
болезней" от 17.09.1998 г. № 157 - ФЗ, статьи 5 и 11". Число Подпись с
расшифровкой