

Я _____ (ФИО родителя)
Ответственность беру на себя за отсутствие вакцинации против клещевого энцефалита у моего
ребенка _____ (ФИО ребенка)
и предупрежден(а) о возможных последствиях пребывания моего ребенка в природном очаге.

Дата _____ Подпись _____