


Številka zapisa: OB ND OPGP01 07	<b>ZAPIS</b>  <b>Izjava o cepljenju proti okužbi s COVID-19</b>
Izdaja: 26.7.2021	
Stran od strani: 1 od 1	
 <b>zdravstveni dom</b> ZAGORJE OB SAVI	

(se hrani v zdravstvenem kartonu)

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_, zakoniti zastopnik otroka:

Ime in priimek \_\_\_\_\_, rojen/ -e \_\_\_\_\_

**SOGLAŠAM s cepljenjem PROTI OKUŽBI S covid-19**

---

Datum:

Podpis zakonitega zastopnika:

Podpis otroka (če je otrok starejši od 15 let):