

SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT

HPV elleni iskolai védőoltás – 2026/2027. tanév

A védőoltás önkéntes. Kérjük, egyértelműen jelölje döntését, majd írja alá a nyilatkozatot.

Gyermek neve:

.....
.....

Születési ideje:

.....
.....

Iskola:

.....
.....

Osztály:

.....
.....

Szülő/gondviselő neve:

.....
.....

Napközbeni telefonszám:

.....
.....

Iskolavédőnő neve/elérhetősége:

.....

Döntésem:

☐ KÉREM, hogy gyermekem a HPV elleni védőoltást az iskolai kampányoltás keretében megkapja.

☐ NEM KÉREM a HPV elleni védőoltást az iskolai kampányoltás keretében.

☐ NEM KÉREM, mert gyermekem korábban már részesült HPV elleni védőoltásban.

Ha korábban kapott HPV-oltást, az oltás(ok) dátuma / oltóanyag neve (ha ismert):

.....

Nyilatkozat: A HPV elleni védőoltással kapcsolatos tájékoztatást megkaptam, annak megismerésére lehetőségem volt, és kérdéseimre választ kérhettem. Amennyiben az oltást kérem, hozzájárulok ahhoz, hogy gyermekem a 2026/2027. tanévben a szakmai előírások szerint szükséges HPV elleni oltási sorozatban részesüljön, és az oltás adatait az előírt egészségügyi dokumentációban rögzítsék.

Dátum:

Szülő/gondviselő aláírása:

A nyilatkozat visszaküldési határideje: 2026. szeptember 15.

Részletes szülői és gyermek-tájékoztató, kérdések és
válaszok: nngyk.gov.hu/hu/hpv.html

A térítésmentes oltóanyag az iskolai kampányoltás
keretében biztosított.

