

# NEOPHODNE ŠKOLSKE IMUNIZCIJE DOKUMENT IZUZETNE SLUČAJEVE

Molimo Vas da čitko odšampajte

Ime	Datum Rođenja	Škola	Razred
Adresa	Roditelj / Staratelj		Telefon

## Izuzetak za Zakon imunizacije

1. **MEDICINSKE KONTRADIKCIJE:** Ja ovim dokumentom potvrđujem da fizička kondicija ovog djeteta je takva da navedena imunizacija (e) bi ugrozile život ili zdravlje ovog djeteta.

Štrikirajte Neophodne Kocke (kice):

DTP       POLIO       OSPICE       ZAUŠKE       RUBEOLA

\_\_\_\_\_  
Potpis Doktora

2. **Religiozni i/ili osobni izuzetci:** Molimo Vas da navedete razlog (e) za zahtijev za izuzetak neophodnih imunizacija.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DHW-IMM-270878

\_\_\_\_\_  
Potpis Roditelja ili Staratelja