



ANKIETA REKRUTACYJNA

Imię i nazwisko dziecka:	
Rok urodzenia:	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:	
Nr telefonu/ Adres e-mail:	

KRYTERIA WŁĄCZENIA DO PROGRAMU - PODSTAWOWE:	
W roku kalendarzowym 2021 – 2022 moja córka osiągnie wiek 12 lat	TAK/NIE
Moja córka posiada status mieszkanki województwa zachodniopomorskiego subregionu stargardzkiego, powiatów: stargardzkiego, choszczeńskiego, pyrzyckiego, myśliborskiego, gryfińskiego	TAK/NIE
Jestem gotów/a do wyrażenia świadomej, pisemnej zgody na udział mojej córki w programie: „Stop HPV w subregionie stargardzkim”	TAK/NIE
Moja córka uczestniczy/uczestniczyła w innym programie polityki zdrowotnej związanym ze szczepieniami przeciw HPV realizowanym na terenie województwa zachodniopomorskiego	TAK/NIE
Moja córka została wcześniej zaszczepiona przeciw HPV	TAK/NIE