**КЛЕЩ-Э-ВАК**

**(Вакцина клещевого энцефалита)**

**(заполняется на каждого ребенка отдельно)**

ФИО законного представителя

ФИО ребенка

Дата рождения

Место жительства

№ участка

Контактный номер телефона

**Количество доз**

Даю согласие на обработку персональных данных.

Дата