Главному врачу ГУЗ «Детская инфекционная больница №777»

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающей по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу организовать моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[ФИО, год рождения]* вакцинацию от менингококковой инфекции, так как *[по возрасту или медицинскому состояние ребенка]* и он/она входит в группу риска по п. 2.8 СП 3.1.3542-18 "Профилактика менингококковой инфекции“, обязательным к исполнению и описывающим процедуру вакцинопрофилактики, являющейся расходным обязательством Российской Федерации по п. 1 ст. 6 Федерального закона от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

Дата

Подпись