**Załącznik Nr 1**

do Umowy Nr ……………

z dnia …………. 2020 r.

 **ANKIETA**

 **DLA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

1. Czy cieszy Pana/Panią wdrożenie programu szczepień ochronnych przeciw HPV?

 ? TAK ? NIE

2. Czy popiera Pan/Pani stosowanie szczepień ochronnych?

 ? TAK ? NIE

3. Czy zaszczepił/a Pan/Pani swoje dziecko?

 ? TAK ? NIE

4. Czy będzie Pan/Pani poszerzać wiedzę swoją, jak i dziecka na temat stosowania profilaktyki zdrowotnej?

 ? TAK ? NIE

 **ANKIETA**

 **DLA UCZESTNIKA PROGRAMU**

1. Czy cieszy Cię wdrożenie programu szczepień ochronnych przeciw HPV?

 ? TAK ? NIE

2. Czy popierasz stosowanie szczepień ochronnych?

 ? TAK ? NIE

3. Czy się zaszczepiłeś/-aś?

 ? TAK ? NIE

4. Czy będziesz poszerzać wiedzę swoją temat stosowania profilaktyki zdrowotnej?

 ? TAK ? NIE