**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