

FILM DLA RODZICÓW NA TEMAT BEZPIECZEŃSTWA DZIECI  
*Never, Ever Shake a Baby*

FORMULARZ DO PODPISU PRZEZ RODZICÓW

I. Przyjmuję(-emy) do wiadomości, że celem prezentacji filmu *Never, Ever Shake a Baby* (*Nigdy, przenigdy nie potrząsaj dzieckiem*) jest uświadomienie rodzicom niebezpieczeństw związanych z potrząsaniem niemowlętami i małymi dziećmi oraz objawów zespołu dziecka potrząsanego/urazu głowy wskutek użycia przemocy (Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma). Zdaję(-emy) sobie sprawę, że ten film powinni obejrzeć oboje rodzice.

II. Potwierdzam(y) obejrzenie filmu na temat niebezpieczeństw związanych z potrząsaniem niemowlętami i małymi dziećmi oraz objawów zespołu dziecka potrząsanego (nazywanego też urazem głowy wskutek użycia przemocy). W przypadku nieobecności drugiego z rodziców zaznaczam poniższe pole, aby potwierdzić tę nieobecność, ale dołożę wszelkich starań, aby przekazać mu informacje przedstawione w tym filmie.

**ZAZNACZ TO POLE, JEŚLI DRUGI RODZIC JEST NIEOBECNY**

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica nr 1:

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica nr 2:

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko rodzica nr 1  
(drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko rodzica nr 2  
(drukowanymi literami)

III. W imieniu placówki medycznej (nazwa szpitala lub kliniki położnictwa) poproszono mnie/nas o obejrzenie filmu na temat niebezpieczeństw związanych z potrząsaniem niemowlętami i małymi dziećmi oraz objawów zespołu dziecka potrząsanego (nazywanego też urazem głowy wskutek użycia przemocy). Odmawiam(y) obejrzenia tego filmu.

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica nr 1:

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica nr 2:

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko rodzica nr 1  
(drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko rodzica nr 2  
(drukowanymi literami)