

Samtycke till vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta

Till vårdnadshavare för:

Elevers namn	Personnummer	Klass
Har ditt barn:	Ja	Nej
Allvarlig allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått en allvarlig allergisk reaktion vid tidigare vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon allvarlig kronisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått annan vaccination de senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat JA på någon av ovanstående frågor, lämnade kompletterande information här:

**Jag har tagit del av informationen och ger tillstånd till att mitt barn får vaccineras mot difteri, stelkramp och kikhosta.
Båda vårdnadshavares medgivande måste ligga till grund för att vaccination ska utföras.**

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras **Nej**, jag vill inte att mitt barn vaccineras

Datum	Vårdnadshavare	Telefon dagtid
-------	----------------	----------------

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras **Nej**, jag vill inte att mitt barn vaccineras

Datum	Vårdnadshavare	Telefon dagtid
-------	----------------	----------------