Medgivande till vaccination av barn

**Namn och personnummer på de barn som skall vaccineras.**

………………………………………………………………………………………………………………………..………..

…………………………………………………………………………………………………………………..……………..

…………………………………………………………………………………………………………….…………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….........

………………………………………………………………………………………………………………………….........

Datum………………………

**Underskrift**

………………………………………… ………………………………………..

Vårdnadshavare 1 Vårdnadshavare 2

………………………………………… ………………………………………..

Namnförtydligande Namnförtydligande

………………………………………… ………………………………………..

Personnummer Personnummer



 Legitimation visad Signatur sköterska…………..



Jag är ensam vårdnadshavare.



Jag intygar att vårdnadshavare 2 har gett sitt samtycke till vaccinering.