



Samtycke till vaccination mot HPV

* Obligatoriska fält

Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Telefonnummer dagtid
E-postadress
Ange vilket barn som medgivande gäller för.* Namn och personnummer <input type="checkbox"/>
Skola* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Kyrkhedens skola <input type="checkbox"/> Sunnemo skola <input type="checkbox"/> Råda skola <input type="checkbox"/> ÄBC (Älvstranden bildningscentrum)
Klass/grupp
Jag / vi samtycker till att barnet vaccineras mot HPV* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har barnet någon allvarlig allergi och/eller allvarlig/kronisk sjukdom?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja- vilken?
Har barnet fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja- beskriv
Ytterligare information som kan vara bra för oss att veta

Vårdnadshavares uppgifter

Har andra vårdnadshavaren bank-id och ska signera digitalt?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Vårdnadshavare 2

Förnamn
Efternamn



Personnummer

E-mailadress

Om andra vårdnadshavaren inte har bank-id och kan signera digitalt måste ni båda signera på pappersblankett.

För att kunna använda e-tjänsten behöver båda vårdnadshavarna ha bank-id

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Medsökande

Ort och datum

Underskrift