



VACCINATIONSTILLSTÅND
för det kombinerade vaccinet mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio

Namn: _____ Personnummer: _____

Skola: _____ Klass: _____

JA, jag samtycker till att mitt barn vaccineras.

NEJ, jag vill inte att mitt barn vaccineras.

Hälsodeklaration:

Har barnet:

JA **NEJ**

-Fått något vaccin under de senaste 4 veckorna?

Om ja, ange vilket vaccin och datum för vaccinationen: _____

-Någon kraftig allergi?

Om ja, ange vilken: _____

-Tidigare reagerat kraftigt på ett vaccin?

Om ja, ange hur: _____

-Någon kronisk sjukdom?

Om ja, ange vilken: _____

OBS! Undertecknas av båda vårdnadshavare om vårdnaden ej är gemensam!

Underskrift vårdnadshavare Namnförtydligande Mobilnummer Datum

Underskrift vårdnadshavare Namnförtydligande Mobilnummer Datum

Adress

**Skolhälsan
Sollentunahälsan AB
Tingsvägen 19, 4tr
191 61 Sollentuna**

**Telefon
08-92 85 84**

**Fax
08-623 12 54**

**E-post
info@skolhalsan.se**