



## VACCINATIONSTILLSTÅND för vaccinet mot 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