

### Personuppgifter

Namn	Personnummer (år, månad, dag och nummer)
------	--

### Medgivande

Ja, jag vill att mitt barn vaccineras mot den nya influensan

### Underskrift

Ort och datum	
Underskrift av förälder/vårdnadshavare	Namnförtydligande
Telefon (även riktnummer)	Mobilnummer
Underskrift av förälder/vårdnadshavare	Namnförtydligande
Telefon (även riktnummer)	Mobilnummer

### Information

Underskrift av minst en förälder/vårdnadshavare krävs när barnet vaccineras i sällskap med någon annan än förälder/vårdnadshavare. Lämna blanketten vid vaccinationstillfället.