Östra Göinge kommun

**Elevhälsans medicinska insats (EMI)**

# Erbjudande om vaccination difteri, stelkramp och kikhosta

| Elevens namn | Personnummer | Klass |
|---|---|---|
| ☐ Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras<br>☐ Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras | | |

## Hälsodeklaration

| | | |
|---|---|---|
| Har barnet allvarlig allergi? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| Har barnet fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| Har barnet någon allvarlig kronisk sjukdom? | ☐ Ja | ☐ Nej |
| Har barnet fått gammaglobulin eller annan vaccination de senaste tre månaderna? | ☐ Ja | ☐ Nej |

## Om ni svarat ja på någon av ovanstående frågor, lämna mer upplysningar här:

| |
|---|
| |

## Underskrift

| Underskrift vårdnadshavare 1 | | Datum | |
|---|---|---|---|
| Namnförtydligande vårdnadshavare 1 | Tfn bostad | Tfn arbete | Mobil |

| Underskrift vårdnadshavare 2 | | Datum | |
|---|---|---|---|
| Namnförtydligande vårdnadshavare 2 | Tfn bostad | Tfn arbete | Mobil |

*Ifylles av skolsköterskan:*

Återlämnas till skolsköterskan senast

Östra Göinge kommun behandlar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen. Läs mer om dina rättigheter och hur vi arbetar med personuppgifter på sidan https://www.ostragoinge.se/ovrigt/behandling-av-personuppgifter