Elevhälsans medicinska insats (EMI)

Erbjudande om vaccination HPV

Elevens namn	Personnummer	Klass

☐ Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras

☐ 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

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