

Vårdnadshavares samtycke till vaccination mot HPV

Blanketten behöver vara ifylld och undertecknad av samtliga vårdnadshavare för barn under 18 år som ska vaccinera sig. Samtycket gäller för samtliga vaccinationsdoser.

Barnets namn

Personnummer

Ni som är två vårdnadshavare skriver under blanketten här:

☐

Ja, vi samtycker till att vårt barn vaccineras mot HPV.

Ort

Datum

1. Vårdnadshavares namnteckning

2. Vårdnadshavares namnteckning

1. Namnförtydligande - Telefonnummer

2. Namnförtydligande - Telefonnummer

Du som är ensam vårdnadshavare skriver under blanketten här:

☐

Jag intygar att jag är ensam vårdnadshavare och samtycker till att mitt barn vaccineras mot HPV.

Ort

Datum

Vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande - Telefonnummer