

MEDGIVARINTYG

Elevens namn

personnummer

Skolans namn

klass

Hälsodeklaration:

Har barnet...

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - allergi mot ägg? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |
| - annan allvarlig allergi? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |
| - regelbunden medicinering? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |
| - någon form av blödarsjuka? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |
| - redan vaccinerats mot den nya influensan? | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |
| - nyligen (inom 1 månad) vaccinerats med något annat vaccin?..... | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |
| - fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? ... | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja* |

* Om du kryssat *Ja*, kan du lämna mer upplysning på baksidan

- Ja**, jag vill att mitt barn vaccineras mot Influensa A (H1N1)
- Nej**, jag vill inte att mitt barn vaccineras mot Influensa A (H1N1)

Vårdnadshavares namn*

Telefon hem

Telefon arbete

Blanketten ska vara påskriven och återlämnad till skolan senast 9 oktober.

*För båda vårdnadshavarna.

Personuppgifter som lämnats på denna blankett kommer att läggas i elevens journal.