



BERGEN  
KOMMUNE

## Samtykke til vaksinasjon

**Jeg/vi ønsker at barnet mitt/vårt vaksineres mot covid-19.**

Barnets navn: \_\_\_\_\_ Barnets personnummer: \_\_\_\_\_

### **Foresatte med foreldreansvar:**

Begge foresatte med foreldreansvar må signere samtykket. Dere må levere nytt samtykkeskjema til hver vaksinedose. NB! Har du foreldreansvar alene holder det at du signerer, men du må ta med dokumentasjon på at du har foreldreansvar alene til vaksinasjonsstasjonen.

### **Foresatt 1:**

Fullt navn (skriv tydelig): \_\_\_\_\_

Dato og sted: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Underskrift:** \_\_\_\_\_

### **Foresatt 2:**

Fullt navn (skriv tydelig): \_\_\_\_\_

Dato og sted: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Underskrift:** \_\_\_\_\_