

Föräldrainformation

Om vaccinering mot difteri, stelkramp och kikhosta

Strömstads kommun

Ta kontakt med skolsköterskan eller skolläkaren om ditt barn har någon allvarlig och/eller långvarig sjukdom, svår allergi eller om du har några frågor.

Odelsberg, Tjärnö och Rossö:
Marie Goksöyr 072-0831310

Valemyr och Skee:
Lena Axenström 0526-19545

Bojar och Mellegården:
Jessica Bonde 0526-19551

Anpassade Grundskolan och Gymnasiet:
Maria Haglund 0526- 19508

Strömstierna skolan:
Veronica Böhn 0526-19256



**Fyll i och ta med
till skolan**



**STRÖMSTADS
KOMMUN**

Elevehälsans medicinska del

Vem vaccineras?

Alla barn i årskurs 8 erbjuds vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta enligt det nationella barnvaccinationsprogrammet. Det är den femte och sista påfyllnadsdosen till grundvaccinationen för barn.

Vaccinationen kommer att ske på skolan under skoltid så vårdnadshavare behöver inte vara närvarande.

Nytt för i år är att barnet måste ta med vaccinationstillståndet med båda vårdnadshavarnas underskrift, vid gemensam vårdnad, för att ert barn ska kunna vaccineras. **Är det inte underskrivet kommer ditt barn ej att vaccineras.**

Från och med 1 januari 2013 registreras alla givna vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn, i ett nytt vaccinationsregister som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

Ta kontakt med skolsköterskan om ditt barn tidigare reagerat vid vaccination med allergisk reaktion, nyligen har vaccinerats med annat vaccin eller tagit annan medicin.

Tag gärna kontakt vid frågor!

De personuppgifter som du lämnar i detta formulär behandlas endast för vaccinationen. Strömstads kommun är personuppgiftsansvarig för behandlingen. Du hittar information om hur vi hanterar personuppgifter på www.stromstad.se/personuppgifter

Vaccinationstillstånd

Fyll i och ta med vid vaccinationen.

Jag ger mitt tillstånd att mitt barn vaccineras mot difteri, stelkramp och kikhosta. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, ange varför:	
Vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna underteckna för att barnet skall få vaccination.	
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Datum	Datum
Telefon dagtid	Telefon dagtid
Ensam vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Uppgifter om eleven	
Namn	Personnummer
Skola	Årskurs/Klass
Har eleven tidigare reagerat vid vaccination med allergisk reaktion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har eleven under de tre senaste månaderna fått: <input type="checkbox"/> Gammaglobulin <input type="checkbox"/> Vaccination	
Om vaccination, ange mot vad:	
Har eleven svår allergi, långvarig sjukdom eller regelbunden medicinering? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om ja, ange vad:	