**Samtykke til vaksinasjon av barn og unge under 16 år**

Vi ønsker at vårt barn skal vaksineres mot Covid-19 (sett kryss)

Ja

Nei

Ved å signere dette dokumentet samtykkes til at nevnte person kan få Comirnaty (PfizerBioNTec) vaksine mot Covid-19.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Fødselsnummer |  |
| Telefonnummer |  |

Frist for tilbakemelding fredag 17.09

Sted og dato Signatur foresatt 1

Sted og dato Signatur foresatt 2