



BERGEN  
KOMMUNE

Smittevernkontoret  
Solheimsgaten 9, 5058 Bergen  
Telefon 55 56 58 80  
smittevernet@bergen.kommune.no

### Samtykke til vaksinasjon

Jeg/vi ønsker at barnet mitt/vårt fullvaksineres med følgende vaksiner

---

---

---

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

Foresatte med foreldreansvar:

Begge foresatte med foreldreansvar må signere samtykket. 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: \_\_\_\_\_