

FORMULAIRE DE CONFIRMATION A REMPLIR – vaccination contre la grippe A
(à remplir obligatoirement par les parents ou

Fødselsnummer de l'élève (Numéro de sécurité sociale française) 11 chiffres :

NOM

prénom

L'enfant a-t-il/elle déjà été vacciné contre la grippe	oui	non
A-t-il/elle eu des réactions aux vaccins	oui	non
Est il/elle allergique contre les œufs	oui	non
Autre(s) allergie(s)	oui	non
A-t-il de la fièvre ou des infections	oui	non

Dans le cas où la réponse est oui à une ou plusieurs des questions concernant l'allergie ou réactions relatives aux vaccins vous devez prendre contact avec le médecin traitant afin de savoir si votre enfant peut être vacciné ou pas. Ceci est également le cas lorsque l'enfant souffre d'une maladie chronique grave.

Le responsable légal souhaite que l'enfant ci-dessus soit vacciné J'autorise mon enfant à se faire vacciner contre la grippe A (H1N1).	oui	non
---	-----	-----

Date :

Signature :

Egenerklæringskjema – vaksinasjon mot pandemisk influensa

(fylles ut av de foresatte av den som skal vaksineres)

Fødselsnummer (11 siffer)

Etternavn

Fornavn

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Har du fått influensavaksine tidligere | JA <input type="checkbox"/> | NEI <input type="checkbox"/> |
| Har du hatt reaksjoner på vaksiner tidligere | JA <input type="checkbox"/> | NEI <input type="checkbox"/> |
| Er du allergisk mot egg | JA <input type="checkbox"/> | NEI <input type="checkbox"/> |
| Har du annen allergi | JA <input type="checkbox"/> | NEI <input type="checkbox"/> |
| Har du febersykdom eller akutt infeksjonssykdom i dag | JA <input type="checkbox"/> | NEI <input type="checkbox"/> |

Dersom du svarer ja på ett eller flere av spørsmålene om allergi eller tidligere vaksinereaksjoner må du ta kontakt med behandlende lege for avklaring av hvorvidt du bør ta vaksine, eller ikke. Dette gjelder også om du har en alvorlig kronisk sykdom.

Foresatt ønsker å få vaksinen JA NEI Antall _____ (fyll ut eget skjema)

Jeg samtykker med dette at mitt barn skal få influensavaksinen A (H1N1)

Dato:

Underskrift:

Initialer vaksinatør: