

Barnets navn :

Fødselsdato:

Jeg/vi ønsker at barnet mitt/vårt:

- skal vaksineres hos Centrum Vaksiner
- ikke skal vaksineres hos Centrum Vaksiner

Foresatt med foreldreansvar:

- Mor
- Far
- Annen person

Foresattes fulle navn (skriv tydelig): _____

Foresattes fulle navn (skriv tydelig): _____

Dato:

Foresattes underskrift: _____

Foresattes underskrift: _____

Telefonnummer: