# Vaccinationsintyg

Till vårdnadshavare för

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
|       |       |

Ditt barn har idag fått vaccin enligt nedan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum (åå-mm-dd) | Vaccin | Dosnummer |
|       |       |       |

Spara detta intyg bland övriga vaccinationshandlingar.

Kontakta gärna mig vid frågor

|  |
| --- |
| Skolsköterska |
|       |
| Telefon | E-postadress |
|       |       |