

## استمارة وافقة تتعلق بالتطعيم ضد مرض كوفيد – 19

توصي سلطة الصحة الشعبية فولك هلسو مينديجتهن التطعيم ضد مرض موفيد – 19 للأطفال ابتداء من 12 سنة من العمر. إن التطعيم ضد مرض كوفيد -19 يوفر الحماية ضد المرض هذا وإن التطعيم اختياري ومجاني.

### عن الموافقة

على هذه الاستمارة تقوم بتبليغنا إذا كان طفلك سيتطعم أم لا. تقوم بذلك عن طريق وضع علامة x في الخانات أدناه وتقوم بالتوقيع على الاستمارة. يجب أن يتم التوقيع على الاستمارة من قبل كلا حاملي حق الحضانة في حالة الحضانة المشتركة.

للحصول على أفضل فعالية يتم إعطاء التطعيم مرتين بينهما بضعة أسابيع. تسري الموافقة للجرعتين.

### ماذا يحدث إذا رفضت الموافقة؟

إذا كنت بصفتك حامل حق الحضانة ترفض الموافقة أو إذا لم تسلم موافقتك فلا يمكن أن يتم تطعيم طفلك.

في بعض الحالات يمكن أن يقرر الطفل بنفسه بالنسبة للتطعيم. يقوم القائم على التطعيم بعمل تقييم فردي عما إذا كان الطفل قد بلغ درجة نضوج كافية لتقديم موافقته/موافقتها على التطعيم، أي ما يسمى التقييم على أساس النضوج. في المقام الأول يسري التقييم على أساس النضوج للأطفال البالغين 15 سنة من العمر وما فوق.

نعم، أوافق على تطعيم طفلي ضد مرض كوفيد -19.

لا، لا أوافق على تطعيم طفلي ضد مرض كوفيد -19.

Barnets namn اسم الطفل

Barnets personnummer الرقم الشخصي للطفل

Barnets skola och klass اسم مدرسة الطفل والصف

Vårdnadshavares namnteckning توقيع حامل حق الحضانة

Vårdnadshavares namnteckning توقيع حامل حق الحضانة

Namnförtydligande الاسم موضحا

Namnförtydligande الاسم موضحا

Telefonnummer dagtid رقم الهاتف خلال النهار

Telefonnummer dagtid رقم الهاتف خلال النهار

Ort och datum المكان والتاريخ

Ort och datum المكان والتاريخ