

## رضایت نامه مربوط به واکسن علیه بیماری کووید ۱۹ (Covid-19)

وزارت بهداشت (Folkhälsomyndigheten) واکسن علیه بیماری کووید ۱۹ را برای اطفال از ۱۲ سال به بالا توصیه میکند. واکسن علیه بیماری کووید ۱۹ از بیماری شدید جلوگیری می کند، دلبخواه است و همچنین رایگان می باشد.

### در مورد رضایت نامه

از طریق این فرم می توانید اطلاع دهید که آیا می خواهید فرزندتان واکسن شود یا نه. این کار را از طریق پر کردن چهارخانه زیر و امضاء کردن این فرم، انجام دهید. اگر سرپرستی طفل مشترک است (gemensam vårdnad)، هر ۲ والدین باید فرم را امضاء کنند.

برای اینکه واکسن تاثیر خوبی داشته باشد باید ۲ بار با فاصله چند هفته تکرار می شود. رضایت نامه برای هر ۲ باری که واکسن ارائه می شود، معتبر است.

### اگر جواب نه دهم، چه اتفاقی می افتد؟

اگر شما به عنوان والدین جواب نه بدهید یا اگر رضایت نامه را امضاء نکنید، طفل تان واکسن نخواهد شد.

اما در بعضی موارد اطفال خودشان در مورد دریافت واکسن می توانند تصمیم گیری کنند. در چنین موارد مسئول ارائه واکسن یک ارزیابی فردی انجام می دهد که آیا طفل به حد لازم رشد و بلوغ رسیده است که بتواند در مورد دریافت واکسن خودش رضایت دهد یا نه. ارزیابی حد رشد و بلوغ طفل در مرحله اول شامل اطفال از ۱۵ سال به بالا می شود.

**بله!** من رضایت می دهم که طفل من علیه کووید ۱۹ (Covid-19) واکسن شود.

**نه!** من رضایت نمی دهم که طفل من علیه کووید ۱۹ (Covid-19) واکسن شود.

نام طفل: شماره شناسایی (personnummer) طفل:

مدرسه و کلاس طفل:

امضاء سرپرست: امضاء سرپرست:

نام با حروف واضح: نام با حروف واضح:

شماره تلفن در طول ساعت های روز هفته: شماره تلفن در طول ساعت های روز هفته:

شهر و تاریخ: شهر و تاریخ: