



BERGEN KOMMUNE

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG
ETAT FOR HELSETJENESTER

Bestillings skjema

**Jeg bestiller herved vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse
Frist: 09.01.2019 for innlevering til skolen.**

Bestillingen er bindende!

Fyll ut alle felt

Bruk blokkbokstaver

Elevens fornavn: Elevens etternavn:

Adresse: Postnr/sted:

Elevens fødsels - og personnr (11 siffer):

Dato: Signatur av eleven

Skole: **Klasse:**

Fylles ut av foresatte for elever under 18 år: (bruk blokkbokstaver)

Foresattes fornavn: Foresattes etternavn:

Adresse: Postnr/sted:

Foresattes fødsels – og personnr (11 siffer):

Dato: Signatur foresatte:

For helsesøster:

Dato:

Sign:

Kryss av for registrert i sysvak