



Hälsouppgift ny elev på skolan

Till vårdnadshavare

Vänligen fyll i nedanstående uppgifter för att vi ska kunna stödja ditt barns behov. Uppgifterna i dokumentet ligger till grund för hälsobesöket hos skolsköterskan och hanteras enligt de sekretessbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal.

Du som vårdnadshavare ansvarar för att informera skolpersonalen om ditt barns hälsotillstånd.

Elevens personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer	Klass
Gatuadress		Hemtelefon	
Postnummer och postort		Mobiltelefon	
Födelseland (om ej Sverige)		Tidpunkt för ankomst till Sverige	
Bor tillsammans med			
Vårdnadshavare har <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> enskild vårdnad			

Vårdnadshavares personuppgifter

Namn	Språk (om ej svenska)
Gatuadress	Hemtelefon
Postnummer och postort	Telefon arbete
E-postadress	Mobiltelefon
Namn	Språk (om ej svenska)
Gatuadress	Hemtelefon
Postnummer och postort	Telefon arbete
E-postadress	Mobiltelefon

Uppgifter om kontaktpersoner

Kontaktperson (släkting, granne, annan) namn och telefonnummer	Kontaktperson (släkting, granne, annan) namn och telefonnummer
--	--

Vänd

Hälsa

Har ditt barn:	
Någon sjukdom/funktionshinder	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Regelbunden läkarkontakt	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vem och var? _____
Medicinering	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vilken medicin? _____
Födoämnesallergi	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Specialkost	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Annan allergi	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Synnedsättning	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Övrigt:	

För att kunna bedöma barnets tillväxtdiagram behöver vi följande uppgifter:

Biologiska moderns längd.....cm

Biologiska faderns längd.....cm

Datum och underskrift

Datum vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas namnteckning
--