**Hälsouppgift årskurs 4**

**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 □ gemensam vårdnad □ enskild vårdnad |

**Vårdnadshavares personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdnadshavares namn   | Språk (om ej svenska) |
| Gatuadress (om annan än ovanstående) | Hemtelefon |
| Postnummer och postort (om annan än ovanstående) | Telefon arbete |
| E-postadress | Mobiltelefon |
| Vårdnadshavares namn  | Språk (om ej svenska) |
| Gatuadress (om annan än ovanstående) | Hemtelefon |
| Postnummer och postort (om annan än ovanstående) | 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/funktionsnedsättning Nej □ Ja □ Om Ja, vad? ……………………………………………………….Regelbunden läkarkontakt Nej □ Ja □ Om Ja, vem och var? …………………………………………….Medicinering Nej□ Ja □ Om Ja, vilken medicin? ………………………………………….Födoämnesallergi Nej□ Ja □ Om Ja, vad?....................................................................................Specialkost Nej□ Ja □ Om Ja, vad?...................................................................................Annan allergi Nej□ Ja □ Om Ja, vad?....................................................................................Synnedsättning Nej□ Ja □Hörselnedsättning Nej□ Ja □Pojkar: Finns båda testiklarna i pungen? Ja □ Nej □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Övrigt: |

För att kunna bedöma barnets tillväxtdiagram behöver vi följande uppgifter:

Biologiska moderns längd.................cm Biologiska faderns längd.................cm

**Samtycke till att kallelse/påminnelse får ske via SMS?** Ja □ Nej □
*Samtycket kan återkallas genom kontakt med skolsköterskan*

**Datum och underskrift**

|  |
| --- |
| Datum och vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas namnteckning |