**Hälsouppgift årskurs 7**

**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 för ev. SMS- kallelse | |
| Födelseland (om ej Sverige) | | Tidpunkt för ankomst till Sverige | |
| Bor tillsammans med | | | |
| Vårdnadshavare har □ gemensam vårdnad □ enskild vårdnad | | | |

**Vårdnadshavares personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Språk (om ej svenska) |
| Gatuadress (om annan än ovanstående) | Hemtelefon |
| Postnummer och postort (om annan än ovanstående) | Telefon arbete |
| E-postadress | Mobiltelefon |
| 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/funktionshinder 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□ |
| Övrigt: |

För att kunna bedöma barnets tillväxtdiagram behöver vi följande uppgifter:

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

**Samtycke till att elev får kallas till hälsobesök via SMS**: Ja □ Nej □

*Samtycket kan återkallas genom kontakt med skolsköterskan.*

**Datum och underskrift**

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