Hälsouppgift gymnasiet

**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 mentor om ditt barns hälsotillstånd.**

**Elevens personuppgifter**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer | Program/Klass |
| Tidigare skola |
| Gatuadress  | Hemtelefon |
| Postnummer och postort | Mobiltelefon för ev. SMS-kallelse |
| E-postadress |
| 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 |

**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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Annan allergi Nej □ Ja □ Om Ja, vad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hörselnedsättning Nej □ Ja □ Synnedsättning? Nej □ Ja □Fått alla vaccinationer som erbjudits via barnhälsovården och skola Ja □ Nej □ Om nej, vilken/vilka vaccination/-er saknas?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Övrigt:  |

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

 **Datum och underskrift**

|  |
| --- |
| Datum och vårdnadshavare och elevs namnteckning |

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| Skolsköterska | Telefonnummer |
|       |  |
| E-postadress |  |
|       |       |
| Skola | Postadress |

**Skickas per post åter till skolsköterskan.**