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.**