# Tid till skolläkarmottagning

## Till vårdnadshavare för

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
|  |  |

Välkommen till skolläkarmottagning

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dag | Datum | Tid |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Anledningen till besöket är:  Besöket beräknas ta ca       minuter. |

Besöket sker på

|  |  |
| --- | --- |
| Skola | Skolläkare |
|  |  |

Vid förhinder, vänligen kontakta mig så snart som möjligt.

|  |
| --- |
| Datum |
|  |
| Skolsköterska | | Telefonnummer |
|  | |  |
| E-post | | |
|  | | |