# 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 |
|       |