

Hälsouppgift gymnasiet årskurs 1

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	
E-postadress			
Födelseland (om ej Sverige)		Tidpunkt för ankomst till Sverige	
Bor tillsammans med			
Vårdnadshavare har <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Regelbunden läkarkontakt	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vem och var? _____
Medicinering	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vilken medicin? _____
Födoämnesallergi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Annan allergi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vad? _____
Hörselnedsättning	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Synnedsättning?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

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

Datum och underskrift

Datum och vårdnadshavare och elevs namnteckning

Linda Gardelöf Nordström	018-7272941
Skolsköterska	Telefonnummer

linda.gardelof-nordstrom@uppsala.se	
E-postadress	

Katedralskolan	Skolgatan 2, 753 12 Uppsala
Skola	Postadress

Skickas per post åter till skolsköterskan.