

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 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
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

Siw Lager-Carlsson

018-7272939

Skolsköterska

Telefonnummer

siw.lager-carlsson@uppsala.se

E-postadress

Katedralskolan Skolgatan 2

75312 Uppsala

Skola

Postadress

Skickas per post åter till skolsköterskan.