

Hälsouppgift

Elevers namn:	Personnummer:
Mobilnummer:	Har elev skyddad identitet: (Ja/ Nej)
Födelse land (om annat än Sverige)	Vid behov av tolk, vilket språk:

Vem/vilka bor ditt barn med (ex föräldrar, syskon, andra):

.....

Har du över längre tid upplevt upprepade problem/svårigheter med något av nedanstående:

	Nej	Ja		Nej	Ja
Syn (synnedsättning, färgblindhet)			Sömn		
Hörsel			Huvudvärk		
Tal/ språk			Magbesvär		
Läsa/skriva			Krampsjukdom (ex epilepsi)		
Koncentration			Allergi		
Socialt samspel/relationer			Astma		
Diabetes			Eksem		

Om ditt barn har någon allergi, ange vad barnet är allergisk mot:

.....

Är ditt barn ordinerad akutmedicin mot allergi eller annan sjukdom:

Nej Ja, vilken medicin:

Finns det något annat ni önskar meddela skolsköterska:

.....
.....
.....
.....

Datum, ort

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift