



Hälsouppgifter åk 4

Eleven

Efternamn och förnamn. Stryk under tilltalsnamn	Personnummer	Klass
Adress: gata/väg	Postnummer och ort	Telefon elev

Elevens familj

Vårdnadshavare 1 namn	Adress, om annan än elevens	Telefon
Vårdnadshavare 2 eller namn på annan person som kan kontaktas vid behov	Adress, om annan än elevens	Telefon
Syskons namn Syskons födelseår	Syskons namn Syskons födelseår	Syskons namn Syskons födelseår
Syskons namn Syskons födelseår	Syskons namn Syskons födelseår	Syskons namn Syskons födelseår
Mammas längd i cm	Pappas längd i cm	
Språk i hemmet om annat än svenska	Behov av tolk JA NEJ	Om ja på förra frågan: Språk Dialekt

Vaccinationer

Har ditt barn följt svenska vaccinationsprogrammet som erbjuds på BVC?	Ja	Nej
Följt annat lands program	Ange vilket land:.	
Fått enstaka vaccinationer	Ange vilket/vilka	

Nuvarande hälsotillstånd

Går ditt barn på kontroll hos läkare, optiker eller annan?	Ja	Nej
Om ja, för vad:		
Hos vem (namn och yrke):		
Använder ditt barn mediciner?	Ja	Nej
om ja, mot vad:		
Om det finns behov av hjälp/stöd med medicin i skolan (ordinerad av behandlande läkare), kontakta mentor/lärare. Se mer information om Egenvård, Sollentuna kommuns hemsida https://www.sollentuna.se/globalassets/skola-och-forskola/blanketter/blanketter-forskola/ann-egenvard.pdf		
Har ditt barn råkat ut för allvarlig sjukdom eller olycksfall, som kan påverka skolgången?	Ja	Nej
	Om ja, ange vilken eller vad:	

Besök

Turebergshuset
Turebergs torg 1

Postadress

191 86 Sollentuna

Telefon växel

08-579 210 00

Internet

www.sollentuna.se



SOLLENTUNA KOMMUN

<p>Kryssa för lämplig ruta om ditt barn har:</p> <p>allergi Mot vad:.....</p> <p>astma</p> <p>eksem</p> <p>diabetes</p> <p>epilepsi</p> <p>hörselnedsättning - används hörapparat Ja Nej</p> <p>synnedsättning - används glasögon? Ja Nej</p> <p>talfel/heshet</p> <p>svårighet att hålla urin/avföring</p> <p>trång förhud</p> <p>skolios (sned rygg) i släkten mamma pappa</p> <p>fått mens – vilket år?</p>	<p>Kryssa för lämplig ruta om ditt barn har problem med:</p> <p>återkommande huvudvärk</p> <p>återkommande magvärk</p> <p>sömnen</p> <p>oro/ängslan</p> <p>koncentrationen</p> <p>inläring</p> <p>springa, klättra, hoppa</p> <p>kamratrelationer</p> <p>trivsel i skola</p> <p>längd och/eller vikt</p>
---	---

Näring/energi

Är Du/ert barn fysiskt aktiv?	Ja	Nej
-------------------------------	----	-----

Övrigt

Har ni ytterligare upplysningar som ni vill lämna angående barnets hälsa, skolgång eller förändring i familjesituationen:

Tänk på att det är vårdnadshavare som i första hand ansvarar för att informera lärare och annan skolpersonal om frågor som rör ert barns hälsotillstånd.

Datum och underskrift

Elev

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Vårdnadshavare

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	