



SOLLENTUNA KOMMUN

Hälsouppgifter årskurs 7-8

Till förälder/vårdnadshavare: Fyll i blanketten och lämna den till skolsköterskan. Vänligen texta!
Endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till denna handling. Inom elevhälsan har vi lagstadgad tystnadsplikt.

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 namn	Syskons namn
Syskons födelseår	Syskons födelseår	Syskons födelseår
Syskons namn	Syskons namn	Syskons namn
Syskons födelseår	Syskons födelseår	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

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



SOLLENTUNA KOMMUN

Näring/energi

Är 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

Eleven

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Vårdnadshavare

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	