



HÄLSOUPPGIFTER ÅRSKURS 4

Skolhälsovården

Till föräldrar/vårdnadshavare

Skolhälsovårdens arbete inriktas på att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa samt medverka till att eleven får goda förhållanden för sitt lärande. Därför behöver vi få veta om ert barn har någon sjukdom, något funktionshinder eller hälsoproblem eller andra svårigheter som kan ha betydelse för inlärningsituationen. Vi skulle vilja veta hur ert barn mår nuförtiden och ber er att fylla i denna blankett.

Vänligen lämna den ifyllda blanketten i slutet kuvert för vidare befordran till skolsköterskan.

Elevens namn (efternamn, förnamn)		Personnummer		Årskurs	
Gatuadress			Postnummer och postort		
Elevens födelseland (om annat än Sverige)		Ankomst till Sverige år	Moderns födelseland		Faderns födelseland
Förälders namn		Personnummer		Vårdnadshavare <input type="checkbox"/>	
Adress (om annan än elevens)			Yrke		
Telefon, bostad		Telefon, mobil		Telefon, arbete	
Förälders namn		Personnummer		Vårdnadshavare <input type="checkbox"/>	
Adress (om annan än elevens)			Yrke		
Telefon, bostad		Telefon, mobil		Telefon, arbete	
Annan person som kan kontaktas vid behov under skoldagen				Telefonnummer	
Syskons förnamn	Födelseår	Syskons förnamn	Födelseår	Syskons förnamn	Födelseår
Har eleven varit inskriven i annan skola? Skolans namn och adress?					
Har det under de senaste tre åren hänt något särskilt i er familj som ni tycker att Skolhälsovården bör känna till?					
Om ja - vad?					

Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till denna handling. Vi har tystnadsplikt.

Föräldrar/vårdnadshavarna ansvarar för att vid behov informera lärare och övrig skolpersonal om sådant som gäller barnets hälsotillstånd. Om ni vill, så hjälper Skolhälsovården gärna till.

VAR GOD VÄND!

HÄLSOUPPGIFTER ÅRSKURS 4

Elevers namn (efternamn, förnamn)		Personnummer			
Har eleven haft någon anmärkningsvärd sjukdom under de första fyra skolåren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja - vilken?					
Har eleven fått någon vaccination utanför skolan under de första fyra skolåren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja - vad?					
Mår ert barn bra i allmänhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kommentar:					
Går ert barn på kontroller hos någon läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja - varför?		Regelbunden medicinering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hos vem?		Om ja - för vad?			
Var?		Vilken medicin?			
Trivs ert barn i skolan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Äter ert barn frukost på morgonen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har ert barn kamrater?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Äter ert barn skollunch?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har ert barn några fritidsintressen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Är ert barn fysiskt aktivt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har Ert barn problem med något av nedanstående?					
	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Syn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krampsjukdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hålla urin eller avföring	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hörsel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Allergi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ofta infektioner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tal/språk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kost	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Koncentration	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hösnuva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sömn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inläring	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eksem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oro, ängslan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Huvudvärk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kontrollera sina känslor (t ex ilska)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Längd eller vikt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Magbesvär	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

ÖVRIGT

Har ni några synpunkter på ert barns skolsituation?

.....
Ort och datum.....
Vårdnadshavare.....
Vårdnadshavare.....
E-postadress.....
E-postadress