

## Medicinsk information

För att din skoltid skall bli så bra som möjligt och för att kunna hjälpa till med din studiegång på bästa sätt önskar skolhälsovården få ta del av information gällande din hälsa. Fyll i blanketten tillsammans med en förälder/vårdnadshavare. Skolhälsovården har lagstadgad tystnadsplikt. Information av värde för elevens skolgång lämnas endast vidare till mentor/pedagoger med vårdnadshavares tillstånd. Behöver ni mer plats för informationen så använd gärna baksidan av pappret.

*Med vänlig hälsning*

*Annette Berntson*

*Skolsköterska TIS Helsingborg*

Elevens namn: ..... Klass: .....

Personnummer: .....

Är du allergisk? Mot vad? Ev. mediciner \_\_\_\_\_

Har du behov av specialkost av medicinska skäl? Ange vilken \_\_\_\_\_

Har du någon sjukdom som vi bör känna till här på skolan? Äter du mediciner? \_\_\_\_\_

Har du genomgått någon form av utredning under grundskoletiden (t.ex. dyslexi, ADHD/ADD)? \_\_\_\_\_

Har du tidigare haft någon form av extra stöd t.ex. från specialpedagog/speciallärare eller annan? \_\_\_\_\_

Finns det något annat som du tycker att vi i elevhälsan behöver veta om Dig? \_\_\_\_\_

Vaccinerad enligt svenskt basprogram

Ja ☐

Nej ☐

Om Nej, saknar ditt barn någon vaccination, skriv i så fall vilket/vilka \_\_\_\_\_

Jag vill endast delge denna information till skolsköterskan

☐

Jag godkänner att skolsköterskan informerar berörd personal om ovanstående

☐

Om du/ni som vårdnadshavare önskar kontakt med skolsköterska i början av terminen, vänligen ring:

Mob: 0735-530973

Skolsköterskan finns på skolan: måndagar och onsdagar

ENDAST TJEJER – HAR VACCINERATS MOT HPV (humant papillomvirus)

Ja ☐

Nej ☐

Ort och datum

Underskrift vårdnadshavare/myndig elev