



Hälsouppgift Årskurs 4

I årskurs 4 erbjuds eleverna ett hälsobesök hos skolsköterskan, enligt rutin. Det innebär kontroll av längd, vikt, rygg/skoliosmätning, samt ett hälsosamtal. Innan dessa årskursvisa hälsobesök påbörjas är det värdefullt för oss att få tillbaka denna blankett ifylld av förälder/vårdnadshavare. Ifylld blankett lämnas åter till skolsköterska (enklast via klasslärare). **Tack.**

PERSONUPPGIFTER, ELEV

Elevens förnamn och efternamn	Personnummer
Adress	Mobiltelefon

PERSONUPPGIFTER, FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE (Vh)

Namn, Vh 1	Tel.bost.	Tel. arbete	Mobiltel.
Adress om än annan än elevens	E-postadress		
Namn, Vh 2	Tel.bost.	Tel. arbete	Mobiltel.
Adress om än annan än elevens	E-postadress		

PERSONUPPGIFTER, SYSKON

Syskon	födelseår	Syskon	födelseår	Syskon	födelseår
Syskon	födelseår	Syskon	födelseår	Syskon	födelseår

Har det sedan förskoleklass tillkommit någon förändring i er familjesituation som vi bör känna till?

Ja Nej

Om ja. Vad?.....

Har Ditt barn sedan förskoleklass genomgått några sjukdomar eller råkat ut för allvarigare kroppsskada?

Ja Nej

Om ja. Vad? När?.....

Kontrolleras Ditt barn på något sjukhus eller inom den öppna vården regelbundet eller sporadiskt?

Ja Nej

Om ja. Var? För vad?.....

Är Ditt barn allergisk mot något?

Ja Nej

Om ja. Mot vad?.....

Ger skolmiljön problem för Ditt allergiska barn?

Ja Nej

Om ja. Beskriv.....

VAR GOD VÄND →

Använder Ditt barn medicin regelbundet eller periodvis? Ja Nej
Om ja. Vad? För vad?.....

Har Ditt barn ofta huvudvärk, ont i magen, trötthet eller andra besvär? Ja Nej
Om ja. Vad?

Har Ditt barn några svårigheter som har betydelse för inläring? Ja Nej
Om ja. Beskriv.

Äter Ditt barn frukost? Ja Nej

Äter Ditt barn skollunch? Ja Nej

Äter Ditt barn middag? Ja Nej

Har Ditt barn svårt att sova? Ja Nej

Hur många timmar/natt under skolveckan sover Ditt barn?.....timmar.

Vad gör Ditt barn på fritiden?

Hur trivs Ditt barn i skolan? (Sätt ett kryss på linjen) Mycket bra ___ I ___ I ___ I ___ I ___ Dåligt

Hur trivs Ditt barn med skolkamraterna? (Sätt ett kryss på linjen) Mycket bra ___ I ___ I ___ I ___ I ___ Dåligt

Har du någon övrig information eller synpunkt du vill framföra till skolsköterskan? Ja Nej
Om ja. Vad?
.....
.....

Tillåter Du som förälder/vårdnadshavare att skolsköterskan vid behov informerar berörd personal om det är något med Ditt barns hälsa som har betydelse för skolarbetet? (exempelvis angående syn, hörsel, sårskada, sjukdom eller dylikt)

JA NEJ

Enskild vårdnad (Om delad/gemensam vårdnad båda föräldrars underskrift)

Datum.....Vårdnadshavare.....

Vårdnadshavare.....

*Mvh,
Skolsköterska Jenny Bertilsson
Telefon; 0793 13 89 79
Mailadress; jenny@nybromontessori.se*