

Barnets namn		Personnummer	
Skola			
Namn Vårdnadshavare 1			Längd
Adress			
E-postadress		Mobiltelefon	
Namn Vårdnadshavare 2			Längd
Adress			
E-postadress		Mobiltelefon	
Barnets födelse land (om annat än Sverige)			
<p>Har ditt barn något av nedanstående?</p> <p>ja Nej</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Astma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergi/annan överkänslighet</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eksem</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krampsjukdom</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Synnedsättning</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svårighet att hålla urinen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svårighet att hålla avföring</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Magbesvär</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ofta infektioner</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annan sjukdom</p>		<p>Har ditt barn svårighet att/problem med?</p> <p>ja Nej</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Återkommande huvudvärk</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kost</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sömn</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angslan/oro</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sitta still</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fungera i stor grupp</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koncentration</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grovmotorik; gå, springa, klättra</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Finmotorik; Rita, klippa, äta</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Talet</p>	
<p>För dig som har son; Finns båda testiklarna i pungen?</p>			
<p>Går ditt barn på kontroll eller behandling hos läkare, sjukgymnast, optiker eller annat? Om ja, för vad och hos vem?</p>			
<p>Tar ditt barn medicin regelbundet? Om ja, för vad och vilken?</p>			
<p>Övriga upplysningar om ditt barns hälsotillstånd eller annat som kan vara viktigt för skolhälsovården att känna till.</p>			

Datum	Målsmans underskrift
-------	----------------------

Använd gärna baksidan för kommentarer och frågor.