



Introduktion

I samband med att eleven börjar gymnasiet ber vi dig fylla i detta e-formulär så noga som möjligt. Syftet är att informera skolhälsovården om eleven har något funktionshinder eller problem med hälsan, alternativt andra svårigheter som kan påverka skolgången och vara av betydelse för den kommande skolsituationen.

För att starta formuläret vänligen klicka 'Framåt'.

Personuppgifter

Ange elevens personuppgifter

Förnamn *	Efternamn *	Personnummer *	Mobiltelefonnummer
Tidigare skola *			

Vårdnad om barnet

Har gemensam vårdnad		
<input type="checkbox"/>		
Förnamn *	Efternamn *	Telefonnummer *
Förnamn 2 *	Efternamn 2 *	Telefonnummer 2 *

Information

Information

Mår eleven bra i allmänhet? * (Endast ett val)	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
Kommentar	
Går eleven på regelbundna kontroller hos någon läkare, sjukgymnast, psykolog eller annan vårdgivare? * (Endast ett val)	
<input type="checkbox"/>	Ja



<input type="checkbox"/> Nej
Varför?
Tar eleven medicin regelbundet? * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej
Vad?
Finns det någon i familjekretsen som har haft tuberkulos? * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej
Kommentar

Hälsoinformation

Hälsoinformation
Besväras eleven av något av nedanstående?
Nedsatt syn * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej
Nedsatt hörsel * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej
Läkarkonstaterad allergi * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej
Läkarkonstaterad astma * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej
Besvärande huvudvärk * (Endast ett val)
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej



Magbesvär * (Endast ett val)

- Ja
 Nej

Ofta infektioner * (Endast ett val)

- Ja
 Nej

Sömnsvårigheter * (Endast ett val)

- Ja
 Nej

Koncentrationssvårigheter * (Endast ett val)

- Ja
 Nej

Inlärningsvårigheter * (Endast ett val)

- Ja
 Nej

Övrigt

Övriga upplysningar

Har ni ytterligare upplysningar om elevens hälsa eller familjesituation



Underskriftstyp

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Underskriftstyp'**)

Namnförtydligande