



Kramfors kommun

HÄLSOUPPGIFT åk 4, till elevhälsans medicinska insats (EMI)

TILL VÅRDNADSHAVARE. ÅTERLÄMNA DET IFYLLDA FORMULÄRET I SLUTET KUVERT TILL SKOLSKÖTERSKAN. FORMULÄRET KOMMER ATT FÖRVARAS I ELEVENS JOURNAL INOM EMI. SKOLSKÖTERSKA OCH SKOLLÄKARE HAR LAGSTADGAD TYSTNADSPLIKT.

Elevens efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	

Moderns namn	Tel.bost.(även riktnummer)	Tel.arb (även riktnummer)
Adress (om annan än elevens)		E-post adress
Faderns namn	Tel.bost.(även riktnummer)	Tel.arb (även riktnummer)
Adress (om annan än elevens)		E-post adress

Syskon namn	Födelseår	Syskon namn	Födelseår	Syskon namn	Födelseår

Har det sedan skolår 1 tillkommit någon förändring i familjesituationen som Ni tycker att EMI bör känna till?

Ja Nej

Om ja: Vad? _____

Har Ditt barn sedan skolår 1 genomgått några sjukdomar eller råkat ut för allvarigare kroppsskada?

Ja Nej

Om ja: Vad? _____

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

Ja Nej

Om ja: För vad?

Är Ditt barn allergiskt mot något?

Ja Nej

Om ja: Mot vad? _____

Ger skolmiljön problem för Ditt allergiska barn?

Ja Nej

Om ja: Beskriv _____

Använder Ditt barn medicin regelbundet eller periodiskt? Ja Nej

Om ja: Vilken medicin? För vad? _____

Har Ditt barn några svårigheter som har betydelse för inläring? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

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

Om ja: Beskriv: _____

Har Ditt barn svårt att sova? Ja Nej

Hur många timmar per natt sover Ditt barn under skolveckan? _____ timmar

Äter Ditt barn frukost? Ja Nej

Äter Ditt barn skollunch? Ja Nej

Kan Ditt barn simma 25 m eller mer? Ja Nej

Hur trivs Ditt barn i skolan? (sätt ett kryss på linjen) Bra _____ Dåligt

Hur trivs Ditt barn med kamraterna? (sätt ett kryss på linjen) Bra _____ Dåligt

Har Du några synpunkter på Ditt barns skolsituation som Du vill framföra, t.ex. hur det är i klassen eller på raster, vid skolmåltider, idrott eller annat? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

Är det något annat Du vill framföra till EMI? Ja Nej

Om ja: Vad: _____

Skolsköterskan erbjuder undersökning av längd, vikt, rygg, syn samt ett individuellt hälsosamtal.

Kontakta skolsköterskan om du har frågor.

Datum:

Förälder/vårdnadshavare:

Förälder/vårdnadshavare:

Hälso- och sjukvården utgår från att föräldrar med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under