

Efternamn.....Förnamn.....

Adress

TelefonPersonnr.....

Namn på skola sökande senast gått på.....

Uppgifter till skolläkaren om hälsotillstånd

(Vid kryssmarkering i ja-ruta - beskriv hälsotillståndet närmare)

Rörelsehinder

nej ja

Psykiskt sjukdomstillstånd

nej ja

Annan långvarig eller allvarlig sjukdom/skada

nej ja

Vårdad på sjukhus

nej ja När?.....Sjukhusets namn..... sjukdom?.....

Använder du mediciner Vilka?

nej ja

Annat funktionshinder

nej ja

Synnedläggning

nej ja

Hörselnedläggning

nej ja

Hudsjukdom

nej ja

Allergisk sjukdom

nej ja

Lungsjukdom

nej ja

Hjärt/kärlsjukdom

nej ja

Diabetes

nej ja

Njursjukdom

nej ja

Bukorgansjukdom

nej ja

Ryggbesvär

nej ja

Härmed försäkras att ovan lämnade uppgifter avgivits sanningsenligt och efter bästa förstånd, samt att jag är införstådd med att medvetet oriktiga uppgifter kan påverka rätten att delta i kursen. Jag medger att de läkare jag anlitat och läkare vid de sjukhus, där jag undersökts eller vårdats får lämna upplysningar om mitt hälsotillstånd till skolläkaren/skolsköterskan.

Ort.....Datum.....Namnteckning.....