### 11.4.1.Hälsouppgift, förskoleklass

Får information som kan påverka Ditt barns inlärning lämnas till annan personal på skolan?

Ja Nej

**Till föräldrar/vårdnadshavare**

För att bättre kunna bedöma elevens hälsa behöver elevhälsan få en bild av tidigare eller nuvarande sjukdomar m m. Vi ber er därför fylla i denna hälsouppgift och lämna den till elevhälsan i **slutet kuvert**. Skolsköterskan och skolläkaren, som handhar dessa uppgifter, har tystnadsplikt.

INFORMATION OM PERSONUPPGIFTSLAGEN (GDPR)

Personuppgifterna behandlas för att Nyköpings kommun ska administrera förskola och skola. Uppgifterna administreras så länge personen är aktiv inom Barn Utbildning Kulturs verksamheter.  Uppgifterna sparas enligt dokumenthanteringsplanen. Mer information om hur vi hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter finns att läsa på [www.nykoping.se/personuppgifter.](https://nykoping.se/personuppgifter)

**PERSONUPPGIFTER, ELEV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efternamn, samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryket) | | Personnummer |
| Gatuadress, postnummer och ort | | Telefon, bostaden |
| Födelseland (om ej Sverige) | Tidpunkt för ankomst till Sverige (om eleven inte är född i Sverige) |  |

**PERSONUPPGIFTER, FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE**

I kolumnen ”Kod” sätts koderna 1= biologisk, 2= styv-,3=adoptiv-,4= fosterförälder, 5= avliden. Skriv E efter siffran om enskild

vårdnad (meddela elevhälsan förändringar)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn | | Kod | Yrke | Personnummer |
| Gatuadress, postnummer, ort (om annan än elevens) | |  |  | Moderns längd |
| Födelseland (om ej Sverige) | Telefon, arbetet | Telefon, | bostaden | Telefon, mobil |
| E-postadress | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn | | Kod | Yrke | Personnummer |
| Gatuadress, postnummer, ort (om annan än elevens) | |  |  | Faderns längd |
| Födelseland (om ej Sverige) | Telefon, arbetet | Telefon, | bostaden | Telefon, mobil |
| E-postadress | | | | |

I kolumnen ”Kod” sätts koderna 1=hel, 2= halv, 3= adoptiv. 4= foster, 5= avliden (meddela skolhälsovården förändringar)

**PERSONUPPGIFTER, SYSKON**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Namn och personnummer | Kod | Namn och personnummer | Kod |
| Namn och personnummer | Kod | Namn och personnummer | Kod |
| Namn och personnummer | Kod | Namn och personnummer | Kod |

**KONTAKTPERSONER, Anhörig**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och telefonnummer | Relation |
| Namn och telefonnummer | Relation |

**BHV**

|  |
| --- |
| Barnhälsovårdscentral som eleven tillhört: adress och telefonnummer |

**RISKGRUPPSTILLHÖRIGHET- TBC**

Vissa elever har ökad risk att smittas med tuberkulos och erbjuds därför extra undersökning i elevhälsovården.

Ökad tuberkulosrisk gäller bl a i Syd- och Östeuropa, Asien, Afrika, Syd- och Centralamerika

Eleven har eller kommer Elevens föräldrar är Eleven kommer att vistas Eleven tillhör inte

att ha nära kontakt med invandrare från land där i land där tuberkulos är någon av riskgrupperna

personer som har eller tuberkulos är vanligare vanligare än i Sverige här intill

har haft tuberkulos än i Sverige

**VÄND!**

**ELEVENS HÄLSOTILLSTÅND**

Har eleven Ja Nej Ja Nej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Astma |  |  | Diabetes |  |  |
| Eksem |  |  | Huvudvärk |  |  |
| Allergi (om ja, mot vad?) |  |  | Magont |  |  |
| Annan överkänslighet (om ja, mot vad?) |  |  | Svårigheter att hålla urin/avföring |  |  |
| Synnedsättning |  |  | Behöver ditt barn intyg för specialkost? Vad? |  |  |
| Hörselnedsättning |  |  | För pojkar: är testiklarna nere? |  |  |
| Krampsjukdom |  |  | För pojkar: är det problem med förhuden? |  |  |
| Har någon i den nära familjen drabbats av hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, hjärtfel) före 35 års ålder? | | | |  |  |

**LÄKARKONTROLL**

Kontrolleras eleven av läkare? Ja Nej Om ja, ange av vem och var:

**MEDICINERING**

Medicinerar eleven regelbundet? Ja Nej Om ja, ange för vad och vilken medicin:

**EGENSKAPER**

A .Beskriv ditt barns starka sidor:

B. Ja Nej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har ditt barn svårigheter med att leka med jämnåriga? |  |  |
| Hamnar ditt barn ofta i konflikt med andra? |  |  |
| Har ditt barn svårigheter att tala så att andra förstår? |  |  |
| Vid högläsning, har ditt barn svårigheter att följa med i berättelsen? |  |  |
| Har ditt barn svårt att rita och klippa? |  |  |
| Har ditt barn svårigheter att gå, springa eller klättra? |  |  |
| Har ditt barn svårt att sitta stilla och koncentrera sig? |  |  |
| Är ditt barn oroligt och ängsligt? |  |  |
| Har ditt barn problem med sömnen? |  |  |
| Oroar du dig för ditt barns skolstart? Om Ja, på vilket sätt? |  |  |

Övriga upplysningar

…………………………………………………….. ………………………………………………………………………………

Ort och datum Vårdnadshavarens underskrift

Enskild vårdnad  ……………………………………………………………........................

(Om gemensam vårdnad båda vårdnadshavares underskrift) Vårdnadshavarens underskrift