

Kan ditt barn delta fullt ut i idrotten?

Nej, varför? Ja

.....

Tar Ditt barn några mediciner?

Nej Ja, vilka?

.....

Är det något som gäller ditt barns fysiska, mentala och/eller sociala hälsa som vi inom skolhälsovården behöver känna till?

Nej Ja, vad?

.....

.....

.....

Bedömer du att ditt barn är helt friskt?

Nej Ja

.....

.....

.....

Härmed intygas att ovan lämnade uppgifter är riktiga

Förälder/Vårdnadshavare:

Läkarintyg (ifylles av läkare)

Vaccinationer

1 DT		1 DPT		1 Sabin oral Polio		1 Polio	
2 DT		2 DPT		2 Sabin oral Polio		2 Polio	
3 DT		3 DPT		3 Sabin oral Polio		3 Polio	
4 DT booster		4 DPT booster		4 S o Polio booster		4 Polio booster	

1 Mässling		4 MPR1		6 BCG eller TB-test	
2 Påssjuka		5 MPR2		7 Annat	
3 Röda hund					

Skolan och skolhälsovården kräver att eleverna är fullständigt vaccinerade när de kommer till skolan. För fullständig vaccinering krävs: 3+1 DT/DPT, 3+1 Polio (oral/inj), 1 MPR. Det är således önskvärt att komplettering av vaccinationsskydd sker redan på hemorten i förekommande fall.

Jag intygar att är fullvaccinerad.

.....
 Ort, datum

.....
 Institution

.....
 Namn och namnförtydligande

.....
 Befattning

Undersökningsfynd

Längd, cm		Vikt, kg			
------------------	--	-----------------	--	--	--

Övriga upplysningar

.....

.....

.....

Härmed intygar jag att är fullt frisk.

.....
 Ort, datum

.....
 Institution

.....
 Namn och namnförtydligande

.....
 Befattning