



## Hemne Kommune

ELEVENS NAVN: .....

FØDT: .....

ADRESSE OG TLF: .....

Fars navn og fødselsdato: .....

Mors navn og fødselsdato: .....

Søsken (navn og fødselsår på alle, også evt. døde):

.....

.....

.....

OPPLYSNINGER VEDR. ELEVEN:

Hvilken helsestasjon har barnet vært kontrollert ved?

Går barnet i barnehage, evt. hvilken?

PLAGER/SYKDOMMER BARNET HAR ELLER EVT. HAR HATT:

Øre/nese/hals		Søvnproblemer	
Astma/allergi/eksem		Hodeplager	
Mage/tarmproblemer		Språk	
Urinveier		Sykehusinnleggelser/operasjoner	
Dag/nattvæting			

LITT OM BARNETS TRIVSEL:

Venner i hjemmemiljø/barnehage:

Dato: .....

Foresatte: .....