



Flora kommune
Tenestetorget
Postboks 13
6901 Florø

ERKLÆRING OM HELSETILSTAND

Gitt av foreldra til barnet

Namn på barnet		Fødd (år-mnd-dato)			
Namn føresette		Personnummer		Yrke	
Adresse				Telefon	
Antall søsken		Alder			
Kontaktpersonar under barnet sitt opphald i barnehagen, f.eks. ved sjukdom				Telefon	
Namn		Adresse			
Opplysningar om barnet					
Har barnet vanskar som styrar i barnehagen bør kjenne til <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
I tilfelle kva slag					
Sjukdommar. Har barnet hatt					
Kikkhoste	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	Astma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Meslingar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	Eksem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Kusma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	Kramper	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Raude hundar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	Dårleg syn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Vannkoppar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	Nedsett hørsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Skarlagensfeber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	Andre sjukdom.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Øyrebetennelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder	I tilfelle kva slag:	
Bronkitt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Alder		
Vaksinasjon	1. gong Dato	2. gong Dato	3. gong Dato	4. gong Dato	Kva helsestasjon vert nytta
Trippel/DPT					Navn
Polio					Adresse
Koppar					
MMR					Telefon
BCG (tub.)					Kva tid vart barnet sist undersøkt
HIB					
Andre					
Andre opplysningar					
Av omsyn til ditt eige og andre sine born må barnet vere friskt når det er i barnehagen. Dersom barnet eller søsken har smittsame sjukdommar, vil eg/vi sørge for å underrette styraren.					
Dato:		Underskrift føresette:			