

## TRÚNAÐARMÁL

Skóli: \_\_\_\_\_ Skólaárið: \_\_\_\_\_

**Til Foreldra/forráðamanna nýrra nemenda***Vinsamlegast fyllið eyðublaðið út og skilið því í lokuðu umslagi til umsjónarkennara/skólaheilsugæslu sem fyrst.*

Fullt nafn nemanda \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

Heimili \_\_\_\_\_ Heimasími \_\_\_\_\_

Á nemandi heima hjá Foreldrum( ) Móður( ) Föður( ) Öðrum( )

**Eru einhver sérstök heilsufarsleg vandamál hjá nemandanum eða hefur þú áhyggjur af honum?**

Nei( ) já( ) Hver þá? \_\_\_\_\_

Hefur nemandinn ofnæmi? \_\_\_\_\_ Ef svo er; fyrir hverju? \_\_\_\_\_

**Parf nemandinn að nota lyf ?**

Nei( ) já( ) Ef svo er, hvaða lyf ? \_\_\_\_\_

Heimilislæknir/Heilsugæsla: \_\_\_\_\_

Heimilistannlæknir : \_\_\_\_\_

**Hafa einhverjar breytingar orðið á högum nemandans, sem ætla má að hafi áhrif á líðan hans og hegðun?** \_\_\_\_\_

Annað sem óskað er að komi fram \_\_\_\_\_

Úr hvaða skóla kemur nemandinn? \_\_\_\_\_

Ef nemandi kemur erlendis frá, hefur hann áður verið í skóla á Íslandi, þá hvaða ? \_\_\_\_\_

**Starfsfólk skólaheilsugæslunnar vinnur í þágu barnsins og fjölskyldu þess. Vinsamlegast hafið því samband ef einhverjar breytingar verða á heilsu eða högum barnsins og eins ef einhverjar spurningar vakna.**\_\_\_\_\_  
Undirskrift foreldris/forráðamanns