

Skóli: _____ Skólaárið: _____

Til Foreldra/forráðamanna nemenda í 1. bekk

Vinsamlegast fyllið eyðublaðið út og skilið því í lokuðu umslagi til umsjónarkennara/skólaheilsugæslu sem fyrst.

Nafn barns _____ Kennitala _____

Heimili _____ Heimasími _____

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

Eru einhver sérstök heilsufarsleg vandamál hjá barninu eða hefur þú áhyggjur af barninu?

Nei() já() Hver þá? _____

Hefur barnið ofnæmi? _____ Ef svo er; fyrir hverju? _____

Þarf barnið að nota lyf?

Nei() já() Ef svo er, hvaða lyf? _____

Heimilislæknir/Heilsugæsla: _____

Á hvaða heilsugæslu var barnið í ung-og smábarnavernd? _____

Heimilistannlæknir: _____

Hvenær fór barnið síðast til tannlæknis? _____

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? _____

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