



HÄLSODEKLARATION

Elev:

Personnummer:

Har du några allergier?

Har du några kroniska sjukdomar?

Har du varit i kontakt med skolhälsovården på din -a skola - or? Om så – när och varför?

Jag tillåter att Svenska Skolan i Paris (SSP) kontaktar min tidigare skola för att få information.

Kontaktuppgifter till skolhälsovården:

Namn: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Har du/har du haft några sjukdomsperioder för större/allvarligare fysiska åkommor?
Om så – vilka och varför?

Har du/har du haft några sjukdomsperioder för psykiska åkommor?
(exempelvis ätstörningar, depressioner)? Om så – vilka?

Medicinerar du? Ange vilka mediciner.

Bedömer du att du är fullt frisk idag?

Ja

Nej

Härmed intygar jag att denna deklaration har fyllts i sanningsenligt. Jag har inte utelämnat information om min hälsohistorik och mitt hälsotillstånd.

Datum:

Underskrift elev:

Underskrift vårdnadshavare

Underskrift vårdnadshavare

(Namnförtydligande)

(Namnförtydligande)
