

# HÄLSOKORT



Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

Målsman: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Målsman: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Sätt kryss!

- Kan simma 200 meter
- Får åka i ledares bil
- Får finnas på bild på hemsidan och facebook (vi sätter aldrig ut scoutens namn)

## Scouten har/är följande

- | Ja                       | Nej                      |                                  |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergi mot _____                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astma                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annan sjukdom / skada            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Saknar vaccination mot stelkramp |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orolig att sova borta            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Använder någon medicin           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specialkost _____                |

**Om svaret på någon av ovanstående frågor är "Ja" fyll i frågorna på baksidan**

**Annan anhörig** (inte med samma telefon och adress)

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Jag har läst och godkänner Eslövs scoutkårs personuppgiftspolicy.

\_\_\_\_\_  
Målsmans underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum

De flesta av oss ledare har ingen formell medicinsk utbildning utan är beroende av den information vi får av er föräldrar. Ju mer information vi får desto större möjligheter har vi att ta hand om ert barn på ett bra sätt.

Beskriv tydligt symtomen / kosten

---

---

---

---

---

---

---

Vad ska ledarna göra i ett eventuellt akutläge?

Åtgärder: \_\_\_\_\_ Medicinering: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

**Medicin**

Akut Förebyg.

Scouten tar \_\_\_\_\_ mot \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

Scouten tar \_\_\_\_\_ mot \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

Scouten tar \_\_\_\_\_ mot \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

Ledarna ska ha en extra uppsättning av viktig medicin vid utfärder och övernattningar

[ ] Ja [ ] Nej

Vad kan vi göra för att underlätta för just ditt barn?

---

---

---

---

---

---

---

Avdelningsledarna vill prata med Er om Ni fyllt i något på denna sidan.  
Om sjukdomen kan vara livshotande prata alltid med ledare inför varje utfärd.