### 11.4.2. Hälsouppgift år 4

Får information som kan påverka Ditt barns inlärning lämnas till annan personal på skolan?

Ja Nej

Hälsouppgiftens uppgifter kan bidra till att Ditt barn får rätt stöd och hjälp genom skoltiden. I åk 4 får alla elever ett hälsobesök hos skolsköterskan. Då mäter man längd, vikt och bedömer ryggen. Eleverna får även svara på ett antal hälsofrågor om bl a. trivsel och matvanor. Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till denna handling. Inom elevhälsan har vi lagstadgad tystnadsplikt.

INFORMATION OM PERSONUPPGIFTSLAGEN (GDPR)

Personuppgifterna behandlas för att Nyköpings kommun ska administrera förskola och skola. Uppgifterna administreras så länge personen är aktiv inom Barn Utbildning Kulturs verksamheter.  Uppgifterna sparas enligt dokumenthanteringsplanen. Mer information om hur vi hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter finns att läsa på [www.nykoping.se/personuppgifter.](https://nykoping.se/personuppgifter)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Elevens efternamn och förnamn | | | Personnummer |
| Adress |  | Tel. bost. (även riktnr.) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Förälder 1, namn | | | Mobil. | | Tel. arb. (även riktnr.) | | |
| Adress(om annan än elevens) | | | E-post adress | |  | | |
| Förälder 2, namn | | | Mobil | | Tel. arb. (även riktnr.) | | |
| Adress (om annan än elevens) | | | E-post adress | |  | | |
| Syskon | Född år | Syskon | Född år | Syskon | | Född år |
| Syskon | Född år | Syskon | Född år | Syskon | | Född år |

Har det sedan Förskoleåret tillkommit någon förändring i familjesituationen som Ni tycker att skolhälsan bör känna till?

Ja  Nej 

Om ja, vad? ………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Har Ditt barn sedan Förskoleåret genomgått några sjukdomar eller råkat ut för allvarligare kroppsskada?

Ja  Nej 

Om ja, vilka? När?......................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kontrolleras Ditt barn på något sjukhus eller inom den öppna vården regelbundet eller periodiskt? Ja  Nej 

Om ja, mot vad? För vad?............................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Har någon i den nära familjen drabbats av hjärtsjukdom (hjärtinfarkt, hjärtfel) före 35 års ålder? Ja Nej

Har Ditt barn känt obehag i bröstet, yrsel eller svimmat under fysisk ansträngning? Ja Nej

Är Ditt barn allergiskt mot något? Ja Nej

Om ja, mot vad?..........................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ger skolmiljön problem för Ditt allergiska barn? Ja Nej

Om ja, beskriv……………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

v.g vänd

Använder Ditt barn medicin regelbundet eller periodiskt? Ja Nej

Om ja, vilken medicin? För vad?..................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Har Ditt barn ofta huvudvärk, ont i magen, trötthet eller andra besvär? Ja Nej

Om ja, vad? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Har Ditt barn några svårigheter som har betydelse för inlärning? Ja Nej

Om ja, beskriv…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Har Ditt barn svårt att sova? Ja Nej

Hur många timmar/natt under skolveckan sover Ditt barn? ............timmar.

Äter Ditt barn frukost? Ja Nej

Äter Ditt barn skollunch? Ja Nej

Äter Ditt barn middag? Ja Nej

Kan Ditt barn simma 25 meter eller mer? Ja Nej

Vad gör Ditt barn på fritiden?............................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Hur trivs Ditt barn i skolan?(sätt ett kryss på linjen) Bra\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_Dåligt

Hur trivs Ditt barn med kamraterna?(sätt ett kryss på linjen) Bra\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_Dåligt

Har Du några synpunkter på Ditt barns skolsituation som Du vill framföra till skolhälsan? Ja Nej

Om ja, beskriv…………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Skolsköterskan utför längd, vikt och ryggundersökning samt hälsosamtal. Syn och hörsel vid behov.

Önskar Du därutöver kontakt med skolläkaren? Ja Nej

Om ja, för vad?.................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Enskild vårdnad (Om delad/gemensam vårdnad båda föräldrarnas underskrift)

Datum………………………. Vårdnadshavare…………………………………………………………………………..

Vårdnadshavare…………………………………………………………………………..

**OBS! Skickas tillbaka till skolsköterska i bifogat kuvert med elev eller med post.**