

## Hälsokort 10/11

Namn \_\_\_\_\_ Avdelning \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_ Stelkrampsvaccinerad år \_\_\_\_\_

**Specialkost** \_\_\_\_\_

**Allergier** \_\_\_\_\_

Symptom \_\_\_\_\_

Mediciner \_\_\_\_\_

**Ev sjukdomar** (tex epilepsi eller diabetes) \_\_\_\_\_

Mediciner \_\_\_\_\_

Jag önskar hjälp med (medicinering) \_\_\_\_\_

**Övriga upplysningar** (tex fobier, hemlängtan, dyslexi) \_\_\_\_\_

**Simkunnig** (200m) JA  NEJ

### Förmyndares uppgifter

Namn..... Namn.....

Relation till scouten..... Relation till scouten.....

Telefon: ..... Telefon:.....

Mobil: ..... Mobil: .....

E-post..... E-post.....

Adress..... Adress.....

Vänligen texta **TYDLIGT!**

Scoutgården 046-129292

[www.drottningstaden.se](http://www.drottningstaden.se)

Utfärdat 2010-09-01

Inlämnat: \_\_\_\_\_