



VÄRÖSCOUTERNA



HÄLSOKORT

PERSONUPPGIFTER

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postadress:
Telefonnummer:	Mail:

MÅLSMAN

Namn:	Namn:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Mail:	Mail:

SCOUTEN HAR/ÄR FÖRJANDE

JA	NEJ		
☐	☐	Allergi (djur, mat, pencilin etc.)	Mot: _____
☐	☐	Astma	
☐	☐	Diabetes	
☐	☐	Annan sjukdom	Vad: _____
☐	☐	Annan skada	Vad: _____
☐	☐	Orolig att sova borta	_____
☐	☐	Använder någon medicin	_____

Om du har svarat ja på någon om ovanstående frågor, fyll i frågorna på baksidan

SÄTT KRYSS

JA	NEJ	
☐	☐	Kan simma 200m
☐	☐	Får åka i ledares bil
☐	☐	Får finnas på bild på hemsidan/sociala medier (vi sätter aldrig ut scoutens namn)
☐	☐	Saknar vaccination mot stelkramp
☐	☐	Saknar vaccination mot TBE (fästingbett)

MÅLSMANS UNDERSKRIFT

Underskrift:	Namnförtydligande:
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

VAD SKA LEDARNA GÖRA I ETT EVENTUELLT AKUTLÄGE?

Åtgärder:

Medicinering:

MEDICIN

Scouten tar:	Mot:
Scouten tar:	Mot:
Scouten tar:	Mot:

Akut

☐
☐
☐

Förebyg.

☐
☐
☐

JA

☐

NEJ

☐

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

VAD KAN VI GÖRA FÖR ATT UNDERLÄTTA FÖR JUST DITT BARN?

LEDARNA KAN VIJLA PRATA MED ER OM NI Fyllt I Något på denna sidan.

OM SJUKDOMEN KAN VARA LIVSHOTANDE PRATA ALLTID MED LEDARE INFÖR VARJE UTFÄRD.