

For at vi kan behandle din søn/datter bedst muligt, har vi brug for at vide, om han/hun har sygdomme eller medfødte lidelser, som kræver medicin eller særligt hensyn. Det kan være hjerneskade, hjertefejl, epilepsi, sukkersyge, allergi, stofskiftesygdom eller anden alvorlig sygdom.

Sygdom: _____

Evt. medicin: _____

Desuden vil vi gerne have følgende oplysninger (sæt kryds):

	ja	nej
Penicillinallergi		
Astma/høfeber		
Langvarig blødning efter sår eller tandudtrækning		
Nedsat hørelse		
Har din søn/datter fulgt det normale vaccinationsprogram?		
Er der personer i familien, der mangler anlæg til blivende tænder?		

Barnets navn: _____ Født den: _____

Adresse: _____

Barnets læge: _____

Barnets søskende: _____

Telefon hjemme (evt. træffetid): _____

Telefon arbejde: mor _____ far _____

Mobiltelefon: mor: _____ far: _____ dit barn: _____

E-mail adresse som jævnligt læses _____

Udfyldes med blokbogstaver

Må vi sende indkaldelse / tider på e-mail? Ja _____ Nej _____

Må vi sende sms til påmindelse af tider? Ja _____ Nej _____

Mobil nr. hvortil sms skal sendes _____

Dato: _____

Forældre / værges underskrift: _____

Hvis der sker ændringer i noget af ovenstående, vil vi meget gerne have besked.