



SJUKVÅRDSBLANKETT
Svenska Skolan i Fort Lauderdale
Läsåret 201_ – 201_

Detta är en obligatorisk blankett. Blanketten måste fyllas i för att kunna gå med i Svenska Skolan. Fyll i en blankett för varje barn. Blanketten måste lämnas in första dagen på terminen.

Blanketten kan fyllas i elektroniskt men måste skrivas på av målsman och lämnas in till Svenska Skolan

Barnets namn: _____

Målsmans namn: _____

Adress: _____

Tele Hem: _____ Mobil: _____

Alternativ kontakt person: _____

(Ange namn, telefon nummer samt förhållande till barnet)

Sjukförsäkringsföretag: _____

Sjukförsäkringsnummer: _____

Husläkare: _____

Husläkarens kontakt information: _____

Särskilda hälsotillstånd (ex: allergier) och/eller medicin(er) som kan vara viktigt att veta om under Svenska Skolans verksamhet samt i nödsituation:

Vid det tillfälle den ovannämnda barnet skulle behöva medicinsk vård vid deltagande i klass på Svenska Skolan i Fort Lauderdale, förstår jag att varje försök kommer att göras för att kontakta mig. Om Svenska Skolan inte kan nå mig eller alternativ kontakt person och alla rimliga försök har gjorts så beviljar jag Svenska Skolan i Fort Lauderdale och dess personal att söka lämplig vård för mitt barn.

Målsmans namnteckning: _____

Datum: _____