

Kontaktuppgifter och eventuella förbud eller restriktioner

Barnets för- och efternamn		Personnummer	
Vårdnadshavare 1	Telefon	Vårdnadshavare 2	Telefon
Gatuadress		Gatuadress	
Postnr och -ort		Postnr och -ort	
Familjehem, namn, telefon och adress		Lagstöd och typ av placering	
Har barnet skyddade personuppgifter eller hemlig vistelseort?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns förbud/restriktioner kring förskolans/skolans kontakt med barnets vårdnadshavare/förälder eller kring vem som får hämta barnet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv			

Uppgifter om barnets nuvarande hälsa och utveckling som är av betydelse för barnets situation i förskolan/skolan

Beskriv styrkor hos barnet och särskilda intressen		
Allergier	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Medicinering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Återkommande sömnsvårigheter, huvudvärk, magont eller andra psykosomatiska besvär	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Långvarig sjukdom/-funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv

Uppgifter om barnets nuvarande hälsa och utveckling som är av betydelse för barnets situation i förskolan/skolan forts

Utagerande problematik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Oro, ångslan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Missbruk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Tidigare trauma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej känt	Om ja, beskriv
Övrigt		

Samtycke

Vårdnadshavare har samtyckt till att information lämnas till mottagande förskola/skola	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har barnet informerats om innehållet i informationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Efter övervägande, för barnets bästa, överlämnas information till mottagande förskola/skola	

Datum och underskrift

Ansvarig för sammanställningen

Datum	
Namnteckning	
Namnförtydligande	Titel