



### Bästa föräldrar

Inför hälsokontrollen av ert barn ber jag er besvara nedanstående frågor tillsammans med barnet. Svaren behandlas **konfidentiellt**. Lämna in den besvarade blanketten i ett slutet kuvert adresserat till skolans hälsovårdare, antingen direkt eller via läraren.

<b>Basuppgifter om barnet och familjen</b>	Namn		Personbeteckning
	Adress		Postnummer och -kontor
	Förälder eller annan vårdnadshavare	Personbeteckning	Telefon dagtid
	Förälder eller annan vårdnadshavare	Personbeteckning	Telefon dagtid
	Familjeförhållanden <input type="checkbox"/> äktenskap/samboförhållande <input type="checkbox"/> gemensam omvårdnad <input type="checkbox"/> ensamförsörjare, vem		
	Förändringar i familjeförhållandena/vårdnaden (t.ex. skilsmässa, ombildad familj, förälders död)		
	Relation till förälder/syskon som bor i annat hushåll, umgängesarrangemangen, hur ofta		
	Hur ofta umgås barnet med den förälder som bor i annat hushåll (dagar per månad)		
Barnets syskon och andra familjemedlemmar, namn och födelseår			
<b>Barnets skolgång</b>	Går ert barn gärna till skolan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, varför inte		
	Har ert barn vänner och kamrater <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		Kommer ert barn överens med lärarna <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> vet inte
	Mobbas/ diskrimineras/ retas ert barn i skolan <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hur		
	Har ert barn inlärningssvårigheter <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vet inte		Har ert barn koncentrationssvårigheter <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vet inte
	Stödåtgärder i skolgången <input type="checkbox"/> stöd- och/eller specialundervisning, i vilket ämne _____		
	<input type="checkbox"/> beslut om särskilt stöd <input type="checkbox"/> terapi (fysio-, tal-, arbetsterapi, annan terapiform), vad		
	<input type="checkbox"/> Barnet har vårdkontakt med skolkuratorn/skolpsykologen eller barnpsykiater <input type="checkbox"/> Familjen har vårdkontakt med familjerådgivningen <input type="checkbox"/> Barnet har ett personligt skolgångsbiträde		
<b>Barnets hälsotillstånd</b>	Föräldrarnas bedömning av barnets hälsotillstånd <input type="checkbox"/> mycket gott <input type="checkbox"/> relativt gott <input type="checkbox"/> tillfredsställande <input type="checkbox"/> relativt dåligt <input type="checkbox"/> dåligt		
	Barnets egen bedömning av sitt hälsotillstånd <input type="checkbox"/> mycket gott <input type="checkbox"/> relativt gott <input type="checkbox"/> tillfredsställande <input type="checkbox"/> relativt dåligt <input type="checkbox"/> dåligt		
	Lider ert barn någon kronisk/långvarig sjukdom eller långvariga symptom, vad		
	Var vårdas ert barn		
Medicinering			



<b>Barnets och familjens hälsovanor</b>	Barnet sover vardagar kl. — och under veckosluten kl. —	
	Familjens gemensamma tid, hobbyer	
	Bekymrar ni er över familjens ekonomi	
	Hur många timmar per dygn tittar ert barn på TV/använder ert barn dator/spelar ert barn konsolspel	
	Barnet ska vara hemma senast kl. — på vardagar och kl. — under veckosluten	
	Vad gör ert barn under fritiden	
	Röker någon i er familj <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mamma <input type="checkbox"/> pappa <input type="checkbox"/> båda	Använder ni alkohol i er familj <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, hur ofta
	Röker ni inomhus i er familj	
	Är ni orolig för någon familjemedlems rusmedelsmissbruk <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
	Förekommer det mobbning eller våld i er familj <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, av vilket slag	
Finns det något i ert barns tillväxt och/eller utveckling som ni undrar över <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad		
Finns det något i er familj som kan inverka på barnet <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad		
Beskriv ert barns positiva karaktärsdrag och barnets förmåga att komma överens med jämnåriga		
<b>Datering och underskrift</b>	Datum	Vårdnadshavarens underskrift
		Vårdnadshavarens underskrift