

## Hälsodeklaration

Kurs \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_ Postadress \_\_\_\_\_

Hemtelefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

**För att skolan skall kunna erbjuda bästa individuella hjälp och stöd i dina studier ber vi dig att fylla i nedan.**

Vad	Nej	Ja	Om Ja, beskriv närmare
Allergisk sjukdom	{ }	{ }	_____
Diabetes	{ }	{ }	_____
Epilepsi	{ }	{ }	_____
Funktionshinder	{ }	{ }	_____
Psykisk ohälsa	{ }	{ }	_____
Annan långvarig sjukdom eller skada.	{ }	{ }	_____
Vårdad på sjukhus	{ }	{ }	När? _____ Var? _____
För vad?			_____

Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnats ovan är riktiga och är införstådd med att vilseledande uppgifter kan påverka rätten att delta i den sökta utbildningen.

Datum \_\_\_\_\_ Namn \_\_\_\_\_

Blanketten bifogas ansökan och kommer här att behandlas konfidentiellt av vår skolkurator.

## Välkommen med din ansökan!