



Skráningarblað

Nafn unglings: _____

Kennitala: _____

Heimilisfang: _____

Heimasími/farsími: _____

Tölvupóstfang: _____

Til að geta gætt fyllsta öryggis þátttakenda í starfi unglingsdeildarinnar þá þurfum við upplýsingar um heilsufarssögu þeirra. ***Farið verður með þessar upplýsingar sem trúnaðarmál!***

Á viðkomandi unglingur við einhverja af eftirtöldum kvillum að stríða? Merkið við með krossi ef svarið er játandi.

Asmi ____ Ofvirkni ____ Ofnæmi (hvaða?) _____

Sykursýki ____ Athyglisbrestur ____ Annað (hvað?) _____

Hjartasjúkdómar ____ Flogaveiki ____

Vinsamlegast takið fram hvaða lyf viðkomandi unglingur tekur að staðaldri (***Farið verður með þessar upplýsingar sem trúnaðarmál!***).

Heiti lyfs

Skammtastærð

Tekið vegna hvaða kvilla?

Er eitthvað annað sem foreldri/forráðamaður vill að komi fram?

Upplýsingar um foreldra/forráðamenn (Tiltakið einn eða tvo aðila eftir atvikum):

Nafn móður (eða forráðamanns): _____

Kennitala: _____

Heimilisfang: _____

Heimasími/Farsími: _____

Tölvupóstfang: _____

Hvernig kýst þú að fá upplýsingar um starfsemi unglingsdeildarinnar?

Með tölvupósti ____ Með sms-skilaboðum ____

Nafn föður (eða forráðamanns): _____

Kennitala: _____

Heimilisfang: _____

Heimasími/Farsími: _____

Tölvupóstfang: _____

Hvernig kýst þú að fá upplýsingar um starfsemi unglingsdeildarinnar?

Með tölvupósti ____ Með sms-skilaboðum ____