

Hälsokort

Var vänlig att fyll i hälsokortet så vi får vetskap om medicinering samt kan vid behov komma i kontakt med er. *Hälsokortet kommer att förstöras efter lägret slut.*

Scoutens namn: _____

Personnr: _____ - _____

Målsmans namn: _____

Adress: _____

Telefon dagtid: _____ kvälltid: _____

Mobil: _____

En annan, för scouten, närstående person.

Namn: _____

Telefon dagtid: _____ kvälltid: _____

Mobil: _____

Besväras han / hon av allergi tex pollen, insektsbett eller livsmedel ?

Om ja, i såfall av vad: _____

Förekommer medicinering ? Ja Nej

Om ja, i såfall: Orsak: _____

Medicin: _____

Dagsdos: _____

Klarar han/hon av sin medicinering själv? Ja Nej

Skall medicinen förvaras på ett speciellt sätt,? Ja Nej

Om ja, hur?: _____

Simkunnig 200 meter ? Ja Nej

Specialkost? Ja Nej

Om ja, vad?

