

BØRNESTAMKORT

BØRN OG UNGE
Aarhus Kommune



Institutionens navn og adresse (evt. stempel)		Stue/Gruppe		Barnets fulde navn	
		Barnets cpr-nr		Indmeldt den	Udmeldt den
Barnets adresse		Postnr.	By	Skole	
Barnets tidligere daginstitution		Tilladelse til kørsel (sæt kryds): <input type="checkbox"/>	Tilladelse til foto/video-optagelse (sæt kryds): <input type="checkbox"/>	Tilladelse til badning (sæt kryds): <input type="checkbox"/>	
Barnets nationalitet		Sprog i hjemmet			
Morens fulde navn og adresse		Forældremyndighedsindehaver (sæt X): <input type="checkbox"/>	Moderens cpr.nr.	Kontakt-telefon (privat): E-mail:	
Stilling	Arbejdssted		Arbejdstid	Kontakt-telefon (arbejde):	
Nationalitet		Sprog			
Medlem af institutionsbestyrelse (sæt kryds): <input type="checkbox"/>		Medlem af forældrebestyrelse (sæt kryds): <input type="checkbox"/>			
Farens fulde navn og adresse		Forældremyndighedsindehaver (sæt X): <input type="checkbox"/>	Faderens cpr.nr.	Kontakttelefon (privat): E-mail:	
Stilling	Arbejdssted		Arbejdstid	Kontakttelefon (arbejde):	
Nationalitet		Sprog			
Medlem af institutionsbestyrelse (sæt kryds): <input type="checkbox"/>		Medlem af forældrebestyrelse (sæt kryds): <input type="checkbox"/>			
Søskendes navn(e)		Fødselsår	Evt. daginstitution		
1					
2					
3					
4					
5					
Kontaktperson ved sygdom (1. prioritet):		Adresse		Telefonnr.:	
Barnets læges navn				Telefonnr.:	
Sundhedsplejerskens og evt. sagsbehandlers navn(e)				Telefonnr.:	

Øvrige bemærkninger:



BØRNESTAMKORT

<p>Vaccinationer (angiv dato):</p> <p>Difteri-stivkrampe-kighoste-polio-Hib</p> <p>1. gang (3 mdr.): _____</p> <p>2. gang (5 mdr.): _____</p> <p>3. gang (12 mdr.): _____</p> <p>MFR</p> <p>1. gang (15 mdr.): _____</p> <p>Difteri-stivkrampe</p> <p>4. gang (5 år) _____</p>	<p>Er barnet overfølsom overfor (sæt kryds):</p> <p><input type="checkbox"/> Medicin/plaster</p> <p><input type="checkbox"/> Fødevarer</p> <p><input type="checkbox"/> Dyr</p> <p><input type="checkbox"/> Andet: _____</p> <p>Evt. bemærkninger: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Har barnet (sæt kryds):</p> <p><input type="checkbox"/> Eksem</p> <p><input type="checkbox"/> Bronkitis</p> <p><input type="checkbox"/> Astma</p> <p><input type="checkbox"/> Høfeber</p> <p><input type="checkbox"/> Nedsat syn</p> <p><input type="checkbox"/> Nedsat hørelse</p> <p><input type="checkbox"/> Feberkrampe</p> <p><input type="checkbox"/> Hyppig mellemørebetændelse</p> <p><input type="checkbox"/> Andet: _____</p>	<p>Særlige hensyn:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Har barnet været hospitalsindlagt på grund af sygdom (sæt kryds):</p> <p>Ved fødslen Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/></p> <p>Årsag: _____</p> <p>Senere Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/></p> <p>Årsag: _____</p>
<p>Er der i den nærmeste familie fysiske eller psykiske sygdomme, der har indflydelse på barnets dagligdag (sæt kryds) Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/></p> <p>Evt. bemærkninger:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Andet:

Dato:

Underskrift:
