

HÄLSODEKLARATION

BIFOGAS ANSÖKAN TILL FOLKHÖGSKOLAN



Grimslövs folkhögskola

Det är viktigt för skolan att vi känner till om du har, eller har haft, sjukdomar med mera som gör att du kan behöva särskilt stöd. Har du haft drogproblem måste du vara drogfri minst ett år innan du kan antas till folkhögskolan. Hälsodeklarationen behandlas konfidentiellt.

Vid **Ja-svar**, beskriv ditt hälsotillstånd lite närmare.

Allergi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Diabetes?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Funktionsnedsatt? T.ex. syn- eller hörselnedsättning, rörelsehinder, dyslexi.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilket/vilka?
Epilepsi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Psykiska besvär? T.ex. ätstörning, depression, panikångest, sömnsvårigheter.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilket/vilka?
Annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Använder medicin?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilken?
Röker eller snusar?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilket?
Dricker alkohol?	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> 1 gång/månad eller mer sällan <input type="checkbox"/> 2-4 ggr/månad <input type="checkbox"/> 2-3 ggr/vecka	
Har du använt andra droger det senaste året?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Något annat som rör din hälsa och som är viktigt för skolan att känna till?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

Vid eventuell diagnos, var vänlig och bifoga kopia på utlåtandet. Födoämnesallergi kräver läkarintyg.

LÄKARE/FUNKTION SOM DU HÅLLER KONTAKT MED

Namn, funktion	Tjänstgöringsställe
Telefon	

UNDERSKRIFT

Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnats ovan är riktiga och jag är införstådd med att vilseledande uppgifter kan påverka rätten att delta i den sökta utbildningen. Jag medger att de läkare jag anlitat och läkare vid de sjukhus där jag undersökts eller vårdats får lämna upplysningar om mitt hälsotillstånd till kurator.

Datum	Namn-teckning
Personnummer	Namn-förtydligande