

Elevens namn	Födelsedatum	Telefon
Förskola/skola	Barngrupp/klass	
Vårdnadshavare	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Vårdnadshavare	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Mentor/Pedagog med extra ansvar	Telefon dagtid	Mobiltelefon
Rektor	Telefon dagtid	Mobiltelefon

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare kan överlåta egenvårdsinsatser till förskole- och skolpersonal. Denna överenskommelse utgör en bilaga till barnets/elevens egenvårdsplan/läkarintyg.

Egenvårdsplanen utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal inom sjukvården och ska tydliggöra vilka egenvårdsinsatser som personal ska utföra och vilka åtgärder som ska vidtas om barnets/elevens hälsotillstånd förändras. Vårdnadshavare informerar och instruerar personal samt ansvarar för att hålla denna blankett, läkemedel och material uppdaterade.

Genom att lämna in denna blankett samtycker vårdnadshavaren till att berörd personal får informeras om barnets egenvård.

Samtycke

- Jag samtycker till informationsutbyte och samråd mellan rektor/mentor och behandlande läkare.
- Nej, jag samtycker inte till informationsutbyte mellan behandlande läkare och förskolan/skola

Underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning vårdnadshavare 1/ myndig elev	Namnteckning vårdnadshavare 2
Namnförtydligande vårdnadshavare 1/ myndig elev	Namnförtydligande vårdnadshavare 2

Förskolan/skolan utgår från att vårdnadshavare med gemensam vårdnad agerar i samförstånd. En underskrift innebär att vårdnadshavare med gemensam vårdnad är eniga om överenskommelsen för egenvårdsinsatser i förskolan/skolan.

Ny överenskommelse ska upprättas vid förändring, inför nytt läsår och vid byte av skola. Mindre ändringar under läsåret kan införas på befintlig överenskommelse som då ska dateras och signeras av vårdnadshavare.

ÖVERENSKOMMELSE OM EGENVÅRD I FÖRSKOLA OCH SKOLA

Kryssa i vilket dokument som ligger till grund för denna överenskommelse

Egenvårdsplan från hälso- och sjukvården Läkarintyg

Beskriv egenvårdsinsatser om förtydligande behövs utifrån befintlig egenvårdsplan/läkarintyg

Omedelbara åtgärder vid förändrat hälsotillstånd

Förskola/skola

Jag accepterar att utföra egenvårdsinsatser enligt barnets/elevens egenvårdsplan/läkarintyg och denna överenskommelse

Egenvårdsuppdraget gäller

Från och med	Till och med
--------------	--------------

Underskrift

Namnsteckning personal	Namnförtydligande
Namnsteckning personal	Namnförtydligande
Namnsteckning personal	Namnförtydligande
Namnsteckning personal	Namnförtydligande