

HÄLSODEKLARATION

För deltagare i verksamhet i Lundby församling

Deltagare, fullständigt namn:

Personnummer:

Anhörig 1:

Personnummer:

Mobilnummer:

Anhörig 2:

Personnummer:

Mobilnummer:

Har du några allergier och/eller behov av/önskemål om specialkost?

Har du några kroniska sjukdomar?

Har du/har du haft några sjukdomsperioder för större/allvarliga fysiska åkommor?

Om så, ange vilka och varför.

Har du/har du haft några sjukdomsperioder för psykiska åkommor?

Medicinerar du? Ange vilka mediciner och hur.

Bedömer du att du är fullt frisk idag?

JA

NEJ

**Härmed intygar jag att denna deklARATION har fyllts i sanningsenligt.
Jag har inte utelämnat information om min hälsohistorik och mitt hälsotillstånd.**

Datum:

Underskrift deltagare:

Underskrift vårdnadshavare:

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare

(Namnförtydligande)

(Namnförtydligande)