

ANMÄLAN FÖR HÄLSOUNDERSÖKNING AV FÖRSKOLEBARN

Barnet

Födelsedatum: Dossiernummer:

Namn:

Adress:

Telefonnummer:

Språk:

Syskon

Finns syskon? Ja NejFödelsedatum:
.....

Föräldrar

Födelsedatum:

Namn:

Födelsedatum:

Namn:

Blanketten skickas till:

Asyl- och invandrarhälsan i respektive närsjukvårdsområde.

Från:

Barnvårdscentral: Telefon:

BVC-sjuksköterska, namn: