**HELSEKORT**

Helsekortet behandles konfidensielt og vil makuleres etter arrangementet.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Personnummer: |
| Adresse: |
| Postnummer: | Poststed: |
| Telefon: | Mobil: |
| Stivkrampevaksinert:  | 🞎NEI | 🞎 JA | Hvis ja, når: |
|  |  |
| Gruppe: Patrulje: Krets: |
| Ansvarlig leder (navn+tlf.nr.): |
| Hjemmeleder (navn+tlf.nr.): |
|   |
| Allergi: |
| Allergien arter seg som (høysnue, astma etc.): |
| Andre sykdommer (diabetes, epilepsi etc.): |
| Jeg bruker følgende medisiner: |
| Andre opplysninger: |
|   |
| **Medikamenter**. Jeg samtykker til at overnevnte speider, ved behov, kan gis: 🞎 Paracet 🞎 Ibux 🞎 Postafen e.l. (reisesyke) 🞎 Zyrtec e.l. (allergi/kløe) 🞎 Samtykker ikke  |
|  |
| Navn på fastlege og legekontor:  |
|  |
| **Nærmeste pårørende 1. Relasjon:**  |
| Navn: | Telefon/mobil: |
| Adresse: |
| Postnr: | Poststed: |
|  |
| **Nærmeste pårørende 2. Relasjon:**  |
| Navn: | Telefon/mobil: |
| Adresse: |
| Postnr: | Poststed: |
|  |  |
| **Sted og dato:** | **Underskrift av foresatt:** |