

Till förälder/vårdnadshavare För att kunna vara till hjälp för dig och ditt barn ber vi dig att besvara nedanstående frågor. Lämna den ifyllda blanketten i slutet kuvert till skolsköterskan på din skola. Endast skolläkare och skolsköterska har tillgång till denna handling.

Behandling av personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig och ditt barn, såsom namn, personnummer, telefonnummer, skola och telefonnummer. Syftet med en sådan behandling är för att kunna handlägga din ansökan om förskoleklass och grundskola. Vi har fått dina uppgifter från dig. Vi tillämpar vid var tid gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är myndighetsutövning. Dina uppgifter kommer att arkiveras.

De personuppgifter vi behandlar om dig delas med din hemkommun. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Däremot kommer vi aldrig att överföra dina uppgifter till ett land utanför EU.

Personuppgiftsansvarig är barn-, utbildnings- och kulturnämnden. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på buk@edu.flen.se. Du når vårt dataskyddsbud på 0157-430045. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen.

Uppgifter om eleven

Elevens namn	Personnummer
Gatuadress, postnummer, ort	Telefon bostaden
Födelseland om ej Sverige	Tidpunkt för ankomst till Sverige (om ej född här)

Uppgifter om föräldrar/vårdnadshavare (Koder: 1=biologisk, 2=styvförälder, 3=fosterförälder, 4=avliden)

Moderns namn	Kod	Vårdnadshavare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Telefon arb.	Telefon hem
Bostadsadress (om annan än elevens)	Födelseland om ej Sverige			
Faderns namn	Kod	Vårdnadshavare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Telefon arb.	Telefon hem
Bostadsadress (om annan än elevens)	Födelseland om ej Sverige			

Uppgifter om syskon (Koder: 1=hel-, 2=halv-, 3=adoptiv-, 4=foster-, 5=avliden)

Namn	Kod	Födelseår	Namn	Kod	Födelseår	Namn	Kod	Födelseår
Namn	kod	Födelseår	Namn	Kod	Födelseår	Namn	Kod	Födelseår

Uppgifter om kontaktpersoner

Barnvårdscentral som eleven tillhört (adress o telefon)
Fritidshem/familjedaghem eller annat ställe som barnet vistas på efter skoltid (namn, adress och telefon)
Annan kontaktperson(namn och telefon)

Blanketten fortsätter på baksidan.

Upplysningar om elevens hälsotillstånd.

Om du svarar ja i någon av rutorna nedan, var vänlig och kommentera utförligare nedan.

Har ditt barn:

	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
astma?			synnedsättning?			Idrottar ditt barn aktivt?		
eksem?			hörselnedsättning?			Har ditt barn varit med om större omställning i familjen?		
allergiska ögon- / näsbesvär?			svårigheter att hålla urin?			Har ditt barn vårdats på sjukhus för allvarigare sjukdom?		
födoämnesallergi?			svårigheter att hålla avföring?			- behandlats av läkare?		
återkommande huvudvärk?			epilepsi?			- behandlats av sjukgymnast?		
återkommande magbesvär?			diabetes?			Kontrolleras ditt barn av läkare för tillfället?		
återkommande sömnsvårigheter?			hjärtsjukdom?			Medicinerar ditt barn regelbundet?		
ryggbesvär/ledbesvär?			andra medicinska problem?			Finns det tuberkulos i släkten eller bland nära bekanta?		

Har ditt barn svårigheter med

	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
inläringen?			koncentration?			att gå, springa, klättra?		
talet?			kamratrelationer?			att rita, klippa, äta?		
oro, ängslan?			Något annat? I så fall vad?					

Känner du oro inför ditt barns skolstart i klass 1?
På vilket sätt?

Egna kommentarer till svaren ovan.

Får barnets journal skickas vid byte av skola till annan kommun?	Ja	Nej	Datum	Vårdnadshavares underskrift
--	----	-----	-------	-----------------------------