

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA



Familjevistelse/diagnos	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Spinal muskelatrofi	8-12 januari	2	2018	23 november 2017

Observera: Detta är en blankett som används till alla våra vistelser varför alla frågor kanske inte passar er familj eller barnets diagnos, fyll i det som är aktuellt för er. Information om kommande familjevistelser och sista ansökningsdag finns på www.agrenska.se

Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Förnamn		Förnamn	
Efternamn		Efternamn	
Adress		Adress	
Postnr	Ort	Postnr	Ort
Tel bostad	Mobil	Tel bostad	Mobil
E-post adress		E-post adress	
Län		Län	
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost		<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost	
Specificera specialkost		Specificera specialkost	
Allergi		Allergi	

Barnet med diagnos				
Förnamn		Efternamn		
Diagnos	Född år	mån	dag	<input type="checkbox"/> Pojke <input type="checkbox"/> Flicka
Annan funktionsnedsättning				
Vad medför detta för barnet				
Använder sig barnet av några hjälpmedel och i så fall vilka				
Kommunicerar med (tal, tecken, bilder, kroppsspråk/gester)				
Mediciner				
Har barnet personlig assistans kväll/nattetid som måste medfölja		Har barnet resursperson i förskolan/skola/fritids		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Förskola/Grundskola	Åk	Annat skolform		Åk

Behöver hjälp med:
 På- avklädning
 Matning
 Toalettbesök
 Säng:
 Vanlig säng
 Spjålsäng
 Kost:
 Vegetarisk kost
 Glutenfri kost
 Laktosfri kost
 Specialkost

Specificera specialkost _____
 Allergi _____

Behandlande läkare	Sjukhus	Tel
Går det bra om Ågrenska kontaktar barnets förskola/habilitering för att informera om utbildningsdagarna		
<input type="checkbox"/> Ja, Namn på person att ringa _____ Tel _____		

Barnets namn som ansökan gäller

Medföljande syskon	Född år	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Förnamn	Efternamn				
Förskola/Grundskola	Åk	Annan skolform			Åk
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Glutenfri kost	<input type="checkbox"/> Laktosfri kost	<input type="checkbox"/> Specialkost	<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng
Specificera specialkost					
Allergi					
Övriga upplysningar					

Medföljande syskon	Född år	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Förnamn	Efternamn				
Förskola/Grundskola	Åk	Annan skolform			Åk
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Glutenfri kost	<input type="checkbox"/> Laktosfri kost	<input type="checkbox"/> Specialkost	<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng
Specificera annan kost					
Allergi					
Övriga upplysningar					

Medföljande syskon	Född år	Mån	Dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Förnamn	Efternamn				
Förskola/Grundskola	Åk	Annan skolform			Åk
<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Glutenfri kost	<input type="checkbox"/> Laktosfri kost	<input type="checkbox"/> Specialkost	<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng
Specificera specialkost					
Allergi					
Övriga upplysningar					

Övrigt:

Behöver tolk, vilket språk _____

Anländer till Ågrenska med Bil Tåg FlygFått inbjudan via Sjukhus, habilitering, vilken _____ Annan _____Deltagit i tidigare vistelse på Ågrenska Nej Ja, vilket år _____ Diagnos _____

Finns det andra behov i familjen som vi behöver ta hänsyn till _____

Sänd ansökan till: Ågrenska, Familjeverksamheten, Box 2058, 436 02 Hovås