

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Familjevistelse för familjer som har mist sitt barn i en cancersjukdom för minst 2 år sedan	24–27 april	17	2018	26 januari 2018 Förlängd t o m 15 mars

Observera: Detta är en blankett som används till alla våra vistelser varför alla frågor kanske inte passar er familj, fyll i det som är aktuellt för er. Ågrenska lämnar preliminärt besked angående plats på vistelsen inom två veckor efter sista ansökningsdatum.

Förälder			Förälder		
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"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost	<input type="checkbox"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost
Specificera annan kost			Specificera annan kost		
Allergi			Allergi		

Barnet vi mist					
Förnamn			Efternamn		
Diagnos	Född år	mån	dag	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
Datum för barnets död					

Konsultsjuksköterska		
Konsultsjuksköterska	Sjukhus	Tel

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"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost	<input type="checkbox"/> Vanlig säng		<input type="checkbox"/> Spjäsäng			
Specificera annan kost								
Allergi								
Övriga upplysningar								

ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

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"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost		<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"/> Vanlig kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisk kost	<input type="checkbox"/> Annan kost		<input type="checkbox"/> Vanlig säng	<input type="checkbox"/> Spjålsäng	
Specificera annan kost						
Allergi						
Övriga upplysningar						

Övrigt:

Behöver tolk, vilket språk _____

 Anländer till Ågrenska med Bil Tåg Flyg

 Fått 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