

# ANSÖKAN TILL FAMILJEVISTELSE PÅ ÅGRENSKA



Familjevistelse/diagnos	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Lissencefali	9-13 april	15	2018	11 januari

**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](http://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 \_\_\_\_\_

<b>Medföljande syskon</b>		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						

<b>Medföljande syskon</b>		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						

<b>Medföljande syskon</b>		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**