

Familjevistelse/diagnos	Datum	Vecka	År	Sista ansökningsdag
Duchennes muskeldystrofi	9-13 oktober	41	2017	15 juni

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. Ågrenska lämnar preliminärt besked angående plats på vistelsen inom två veckor efter sista ansökningsdatum. 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"/> 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 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Har barnet resursperson i förskolan/skola/fritids <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Förskola/Grundskola		Åk	Annan skolform		Åk

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

Specificera annan kost _____
 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"/> 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						

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						

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						

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