

<b>Familjevistelse/diagnos</b>	<b>Datum</b>	<b>Vecka</b>	<b>År</b>	<b>Sista ansökningsdag</b>
<b>CHARGE-syndromet / CHARGE association</b>	<b>28 augusti-1 september</b>	<b>35</b>	<b>2017</b>	<b>1 juni</b>

**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.

<b>Vårdnadshavare 1</b>			<b>Vårdnadshavare 2</b>		
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		

<b>Barnet med diagnos</b>					
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/natttid 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	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					
<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"/> 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					

<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"/> 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					

<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"/> 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  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**