



## Behöver Du hjälp med:

Påklädning:  Ja  Nej

Dusch:  Ja  Nej

Toalettbesök:  Ja  Nej

Medicinering:  Ja  Nej

Annat: \_\_\_\_\_

## Har Du:

Epilepsi:  Ja  Nej

Om ja, hur ofta: \_\_\_\_\_

Diabetes:  Ja  Nej

Specialkost: \_\_\_\_\_

Jag använder följande mediciner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övrig upplysningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blir jag antagen skall fakturan på kursavgiften skickas till: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blir jag antagen vill jag bo på skolan:  Ja  Nej

Datum: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_