

HELSEKORT

Medical Information Form

Navn / Name:

Adresse / Address :

Fødselsdato / Date of Birth:

Navn på Foresatte / Name of Parent :

Telefon / Phone:

Kjente Sykdommer / Known Medical Conditions

☐ Astma / Asthma

☐ Epillepsi / Epilepsia

☐ Diabetes / Diabetes

☐ Migrene / Migraine

☐ Annet / Other

Allergier / Allergies

Medisiner (Må medbringes)/ Medications :

Spesiell diett / Special diet :

Dato / Date :

Underskrift foresatt / Parent's signature
