



### Stamkort for barn

Navn:	Cpr.:
Adresse:	
Postnummer og by:	
Optagelsesdato:	Udmeldt dato:
Hvilken institution har dit barn tidligere gået i:	

### Forældre

Moderen	Faderen
Navn:	Navn:
Cpr. Nr.	Cpr.nr.
Adresse:	Adresse:
Stilling:	Stilling:
Civil Stand:	Civil Stand:
Telefon privat / mobil:	Telefon privat / mobil:
Telefon arbejde:	Telefon arbejde:
E-mail:	E-mail:
Kontaktpersoner - når forældrene ikke kan træffes:	
Forældremyndighed: Mor <input type="radio"/> Far <input type="radio"/> Fælles <input type="radio"/>	

Læge:	Telefon:
-------	----------

### Sygdomme og vaccinationer

Har barnet haft	Hvornår	Vaccineret mod	Hvornår	Vaccineret mod	Hvornår
Difteri		DiTeKiPolHib 1 + Pn1		OPV 1 (poliodråber)	
Skarlagensfeber		DiTeKiPolHib 2 + Pn2		OPV 2 (poliodråber)	
Mæslinger		DiTeKiPolHib 3 + Pn3		OPV 3 (poliodråber)	
Skoldkopper		DiTeKiPolHib revaccination			



Fåresyge		HPV		MFR1	
Røde Hunde				MFR2	
Kighoste				MFR3	
Tåles penicillin	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>			
Andre sygdomme og vaccinationer:					
Allergier og særlige kosthensyn:					

**Tilladelser:**

Bilkørsel med uddannet personale	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
Badning fra åben strand	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
Badning i sømmehal	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
Foto- og videoptagelse til pædagogisk brug	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
Foto - til brug for hjemmesiden	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
Må efter mundtlig aftale hentes af andre	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
Må gå alene hjem fra institutionen	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

**Særlige bemærkninger**

Vedrørende barnet:
Vedrørende hjemmet:

Forældrenes underskrift

Dato

Underskrift