GRAN KOMMUNE

Utlevering av akuttmedisin i barnehage, skole eller SFO

Registreringsskjema

Barnets navn			
Fødselsdato		**Barnehage-/skoleår**	
	Kontaktinformasjon		
Mor			
Far			
Andre			

Dato	Utlevering av akuttmedisin (stesolid, astmamedisin og lignende)		Kommentarer (virkning, bivirkninger)	Signatur
	Klokkeslett	Hva er gitt?		