

Magistratens 1. Afdeling	Børn og Unge-afdelingen
BØRNESTAMKORT	

FORSIDE

Institutionens navn og adresse (evt. stempel)		Stue/Gruppe	Barnets fulde navn	
		Barnets cpr-nr	Indmeldt den	Udmeldt den
Barnets adresse		Postnr.	By	Skole
Barnets tidligere daginstitution		Tilladelse til kørsel (sæt kryds): ☐	Tilladelse til foto/ video-optagelse (sæt kryds): ☐	Tilladelse til badning (sæt kryds): ☐
Barnets nationalitet		Sprog i hjemmet		
Moderens fulde navn og adresse		Forældremyndigheds- indehaver (sæt kryds): ☐	Moderens cpr.nr.	Kontakt-telefon (privat): E-mail:
Stilling	Arbudssted		Arbejdstid	Kontakt-telefon (arbejde)
Nationalitet		Sprog		
Medlem af dagtilbudsbestyrelsen (sæt kryds): ☐		Medlem af forældrerådet (sæt kryds): ☐		
Farens fulde navn og adresse		Forældremyndigheds- indehaver (sæt kryds): ☐	Farens cpr.nr.	Kontakt-telefon (privat): E-mail:
Stilling	Arbudssted		Arbejdstid	Kontakt-telefon (arbejde)
Nationalitet		Sprog		
Medlem af dagtilbudsbestyrelsen (sæt kryds): ☐		Medlem af forældrerådet (sæt kryds): ☐		
Søskendes navn(e)		Fødselsår	Evt. daginstitution	
1				
2				
3				
4				
5				
Kontaktperson ved sygdom (1. prioritet):		Adresse		Telefonnr.:
Barnets læges navn				Telefonnr.:
Sundhedsplejerskens og evt. sagsbehandlers navn(e)				Telefonnr.:

Øvrige bemærkninger:

Magistratens 1. Afdeling	Børn og Unge-afdelingen
BØRNESTAMKORT	

BAGSIDE

Vaccinationer (angiv dato): Difteri-stivkrampe-kighoste-polio - Hib 1. gang (3 mdr.): _____ 2. gang (5 mdr.): _____ 3. gang (12 mdr.): _____ MFR 1. gang (15 mdr.): _____ Difteri-stivkrampe 4. gang (5 år): _____	Er barnet overfølsom overfor (sæt kryds): ☐ Medicinplaster ☐ Fødevarer ☐ Dyr ☐ Andet: _____ Evt. bemærkninger: _____ _____ _____
Har barnet (sæt kryds): ☐ Eksem ☐ Bronkitis ☐ Astma ☐ Høfeber ☐ Nedsat syn ☐ Nedsat hørelse ☐ Feberkrampe ☐ Hyppig mellemørebetændelse ☐ Andet: _____	Særlige hensyn: _____ _____ _____ Har barnet været hospitalsindlagt på grund af sygdom (sæt kryds): Ved fødslen Ja: ☐ Nej: ☐ Årsag: _____ Senere Ja: ☐ Nej: ☐ Årsag: _____
Er der i den nærmeste familie fysiske eller psykiske sygdomme , der har indflydelse på barnets dagligdag (sæt kryds) Ja: ☐ Nej: ☐ Evt. bemærkninger: _____ _____ _____ _____	

Andet:

Dato: _____ Underskrift: _____
