GRAN KOMMUNE

REGISTRERINGSSKJEMA FOR UTLEVERING AV AKUTTMEDISIN I BARNEHAGE/SKOLE/SFO

Barnets navn: …… Fødselsdato: ……..

Barnehage-/skoleår: ……

Kontakttelefon: Mor: …….. Far:……..…… Andre: ……..

Dato	Utlevering av **akuttmedisin** (stesolid, astmamedisin ol.)		Kommentarer (virkning, bivirkninger)	Signatur
	Kl.	Hva er gitt?		