

Egenerklæring om helse  
(Legges i konvolutt merket «Egenerklæring om helse»)

Navn		Fødselsdato																					
Adresse		Høyde	Vekt																				
1. Godt syn på begge øyne <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Brillestyrke hvis De bruker briller, eller vedlegg brilleseddel <input type="checkbox"/> Brilleseddel vedlagt		2. Fargeblind eller fargesvak <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																				
3. God hørsel på begge ører <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	4. Frisk og arbeidsfør nå <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	5. Kroppsfeil eller sykdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																					
Hvis NEI under pkt. 1, 3 og 4 og JA under pkt. 5, forklar nærmere																							
<p>6. Tidligere sykdom/skade</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tuberkulose</td> <td><input type="checkbox"/> Giktfeber</td> <td><input type="checkbox"/> Krampe</td> <td><input type="checkbox"/> Annen sykdom</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Astma</td> <td><input type="checkbox"/> Ryggmerter</td> <td><input type="checkbox"/> Besvimelse</td> <td><input type="checkbox"/> Hodeskader</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hjertesykdom</td> <td><input type="checkbox"/> Ischias</td> <td><input type="checkbox"/> Sinnslidelse</td> <td><input type="checkbox"/> Hjernerystelse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mage/tarmsykdom</td> <td><input type="checkbox"/> Langvarig hodepine</td> <td><input type="checkbox"/> Nervøsitet</td> <td><input type="checkbox"/> Andre skader</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nyresykdom</td> <td><input type="checkbox"/> Epilepsi</td> <td><input type="checkbox"/> Hudsykdom</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Giktfeber	<input type="checkbox"/> Krampe	<input type="checkbox"/> Annen sykdom	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Ryggmerter	<input type="checkbox"/> Besvimelse	<input type="checkbox"/> Hodeskader	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom	<input type="checkbox"/> Ischias	<input type="checkbox"/> Sinnslidelse	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse	<input type="checkbox"/> Mage/tarmsykdom	<input type="checkbox"/> Langvarig hodepine	<input type="checkbox"/> Nervøsitet	<input type="checkbox"/> Andre skader	<input type="checkbox"/> Nyresykdom	<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Hudsykdom	
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Giktfeber	<input type="checkbox"/> Krampe	<input type="checkbox"/> Annen sykdom																				
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Ryggmerter	<input type="checkbox"/> Besvimelse	<input type="checkbox"/> Hodeskader																				
<input type="checkbox"/> Hjertesykdom	<input type="checkbox"/> Ischias	<input type="checkbox"/> Sinnslidelse	<input type="checkbox"/> Hjernerystelse																				
<input type="checkbox"/> Mage/tarmsykdom	<input type="checkbox"/> Langvarig hodepine	<input type="checkbox"/> Nervøsitet	<input type="checkbox"/> Andre skader																				
<input type="checkbox"/> Nyresykdom	<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Hudsykdom																					
Hvis kryss, forklar nærmere:																							
7. Innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis JA, tidspunkt	Sykehus																					
Hvilken sykdom eller skade																							
8. Sykemeldt i lengre tid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis JA, tidspunkt	Hvilken sykdom eller skade																					
<b>OBS.</b> Tennene må være i god stand ved opptak på skolen.		Jeg erklærer herved at alle spørsmål er besvart så nøyaktig som det lar seg gjøre og at jeg ikke har fortiet noe.																					
Sted og dato																							
Foresattes underskrift		Søkerens underskrift																					