

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi:	Syntymäaika
Ikä	Sukupuoli <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
Kotiosoite (katuosoite, postinumero, postitoimipaikka)	
Yhteyshenkilö, puhelinnumero	
Opiskelija on vakuutettu suomalaisen oppilaitoksen puolesta	
Vakuutusyhtiö	Vakuutuksen numero

TERVEYSTIEDOT

Veriryhmä	Allergiat yms.
Onko opiskelijalla käytössä jatkuvaa lääkitystä?	<input type="checkbox"/> kyllä, mikä, annostus
	<input type="checkbox"/> ei
Minulla on käytössä olevat reseptit mukani	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Erityisruokavaliot	<input type="checkbox"/> kyllä mikä
	<input type="checkbox"/> ei

TYÖTURVALLISUUTEEN LIITTYEN TERVEYDENTILASSANI ERITYISESTI HUOMIOON OTETTAVAA

--

ALLEKIRJOITUKSET

Vakuutan, että terveydentilani puolesta olen sopiva sopimuksessa määriteltyyn työhön		
Paikka ja aika	Opiskelijan allekirjoitus	Huoltajan allekirjoitus (alle 18 v opiskelija)
Olen keskustellut opiskelijan kanssa vaihtoon liittyvistä terveystiedoista		
Paikka ja aika	Kouluterveydenhoitajan allekirjoitus	leima

Liitteet:

<input type="checkbox"/>	Salmonellatodistus
<input type="checkbox"/>	Rokotustodistus
<input type="checkbox"/>	Lausunto keuhkokuivauksen tuloksista
<input type="checkbox"/>	Hygieniapassi