



Bilaga för funktionsnedsättning

Namn:	Adress:
Personnummer:	Kurs/utbildning:

Jag behöver hjälp och stöd med följande:

(Om du inte behöver något stöd lämnar du raden blank)

I klassrum:
I matsal:
I boende:
Med personlig hygien:
Vid förflyttning:
Vid toalettbesök:
Vid av- och påklädning:
Vid medicinering:
Jag bifogar medicinlista:
(bocka för ditt svar)

	Ja	Nej
	JA	NEJ

Beskrivning av funktionsnedsättningen:

(Beskriv sådant som vi behöver känna till för att kunna skapa en god studiesituation för dig).

--

Ja Nej

Bifogar läkarintyg: JA NEJ
(bocka för ditt svar)

Underskrift:

Datum:

Jag godkänner att mina personuppgifter lagras digitalt

Genom att klicka i kryssrutan medger du att Ädelfors folkhögskolas skoladministrationsprogram lagrar de personuppgifter du registrerar.

Enligt personuppgiftslagen, PUL (1998:204), får ingen registrering av personuppgifter ske utan personens medgivande. Genom att klicka i kryssrutan i detta formulär medger du att Ädelfors folkhögskolas skoladministrationsprogram lagrar de personuppgifter du registrerar.

Jag godkänner att mina personuppgifter lagras i Ädelfors folkhögskolas skoladministrationsprogram så länge jag studerar på Ädelfors folkhögskola.