

Barn/ungdom 10-21år

Ansökan om korttidsvistelse i form av läger på Tallkrogen. Period:

Sökandes namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Postadress: _____

Namn på förälder/företrädare

Adress: _____

Postnummer: _____

Postadress: _____

Telefon bostad. _____

Telefon arbete: _____

Varför söker ni läger? (motivera gärna också varför du vill komma till Tallkrogen)

Har ni varit på läger tidigare , var och när då? _____

Vilka övriga insatser har ni beslut om? _____

Under min vistelse på Tallkrogen kommer jag att ha:

Egenvård: En hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att **en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan** (Tallkrogens personal, Tallkrogens personal utbildas i medicinhantering av sjuksköterska) **tillfälligt under vistelsen på Tallkrogen. Ett intyg från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tas med till incheckningen på Tallkrogen.**

Hälso och sjukvård. Jag har bedömts behöva hjälp av personal med min läkemedelshantering. Ansvarig sjuksköterska för mina läkemedel kommer att delegera läkemedelshanteringen till en sjuksköterska utsedd för Tallkrogen.

Efter avslutat lägervistelse lämnar Tallkrogens personal skriftlig rapport om hur det har fungerat för ditt barn under lägret till er biståndshandläggare.

Ni ger ert medgående till detta genom att kryssa Ja Nej

Otr och datum: _____

Underskrift: _____

Du som bor i Uppsala kommun skickar din ansökan till:

Uppsala kommun

Vård och omsorgsförvaltningen

753 75 Uppsala

OBS: Du som bor i en annan kommun än Uppsala kommun skickar din ansökan till biståndshandläggaren i din kommun.