

# Tilretteleggingsavtale skole

Etablert dato:

Revideringsdato: (Planen bør revideres årlig eller oftere)

Dato	Signatur

Navn på den som lager planen: \_\_\_\_\_

Rolle: \_\_\_\_\_

Informasjon om eleven	
Navn	
Fødselsdato	
Klasse	
Adresse	
Skolens navn og adresse	
Kontaktlærer	

Kontaktinformasjon foresatte	
Navn foresatt 1	
Relasjon til barnet	
Telefon	
Adresse	
E-post	

Navn	
------	--

Relasjon til barnet	
Telefon	
Adresse	
E-post	
Evt. Søsken	

Behandlere og helsepersonell	
Fastlege	
Nevrolog/spesialist	
Helsesykepleier	
Andre	

Medisinsk informasjon
-----------------------

Hodepinesykdom	
Beskrivelse av symptomer og triggere	
Behandling: frekvens, varighet, etc.	
Allergier	
Andre helseutfordringer / medisinske behov	
Ytterligere beskrivelse av sykdommen	

Avtalte justeringer: (Det er viktig at dette reflekterer hodepinens natur)

<p>Prosedyre ved anfall / medisinske behov</p> <p>(medisinering, hvilerom, kontakt, skal eleven hentes, etc.)</p>	
<p>Prosedyre ved fravær pga. hodepinesykdom.</p> <p>(kontakt, hjemmelekser, etc.)</p>	
<p>Føring av fravær</p>	

Justeringer for skoleturer og arrangementer utenfor skolens normale tider	
---	--

Medisiner	
Navn på medisinen (på pakken)	
Utskrevet dose / metode	
Når den skal tas	
Kjente bivirkninger	
Eleven kan ta selv	
Personale som er ansvarlig for å administrere medisinen	
Annen informasjon (Oppbevaringskrav hvor er medisinen oppbevart, etc.)	

<p>Dersom eleven har flere medisiner:</p> <p>Se Vedlegg 3 for tilsvarende informasjon om disse</p>	
--	--

<p>Nødvendig opplæring av personale (hvis nødvendig)</p>

<p>Andre kommentarer</p>
--------------------------

## Samtykke

### Jeg samtykker i at

- Informasjonen i denne avtalen er korrekt og oppdatert.
- Informasjonen i denne avtalen kan bli delt med relevante personer og parter som tar del i mitt barns utdanning og helse.
- Jeg forplikter meg til å informere skolen så fort det skjer forandringer som kan påvirke denne avtalen.

### Jeg samtykker til at:

- Skolen er ansvarlig for å lagre barnets medisiner, og at disse blir lagret i henhold til skolens retningslinjer.
- Skolen er ansvarlig for å gi medisiner ved behov, og som beskrevet i denne avtalen.
- Barnet kan ha og selv ta medisiner ved behov, dersom det står i avtalen.
- Jeg har lest og forstått skolens retningslinjer for medisinbruk og oppbevaring.

Jeg kan når som helst trekke tilbake mitt samtykke til at skolen oppbevarer informasjonen i denne avtalen og kreve at skolen retter feil informasjon, eller sletter informasjonen.



Foresatt og barnets signatur	
Foresattes navn	
Signatur	
Barnets navn	
Signatur	

Jeg er enig i at informasjonen i denne avtalen er korrekt og oppdatert.

Helsepersonells signatur	
Navn	
Tittel	
Signatur	

Jeg samtykker på vegne av skolen til at denne avtalen, inkludert riktig oppbevaring og bruk av medisiner, blir fulgt.

Jeg står ansvarlig for at denne avtalen opprettholdes fra skolen sin side, og er ansvarlig for å informere alle parter og revidere planen dersom det skulle oppstå behov for det.

Skolen forplikter seg til å oppbevare informasjonen slik at den ikke blir tilgjengelig for uvedkommende i tråd med personvernlovgivningen.

Skolen forplikter seg til å slette informasjonen i denne avtalen når det ikke lengre er behov for den. Alle papirkopier skal makuleres. Hvis barnet eller foresatte krever endring eller sletting av informasjonen skal dette gjøres uten ugrunnet opphold.

Skolens signatur	
Navn	
Tittel	
Signatur	

---