|  |  |
| --- | --- |
|   | Time_kommuneCMYK Bryne helsestasjon  |

**TILVISING TIL HELSESTASJONEN SITT SPISETEAM**

**Namn på barnet:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fødselsdato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Namn på føresette:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tlf.nr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Barnet si helsesyster:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Barnehage:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vert barnet fulgt opp av Ppt, Bup, Habu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Beskriv kort om etevanskane**

|  |
| --- |
|  |

**Kva ønskjer de hjelp til frå spiseteamet?**

|  |
| --- |
|  |

**Tilvist av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Underskrift frå føresette:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Lever eller send skjemaet til helsestasjonen. Bryne helsestasjon, pb 38, 4349 Bryne