

# Fjeldgruppens helbredserklæring

Der er vigtigt, at du udfylder din helbredserklæring omhyggeligt - af hensyn til dig selv, men også til resten af gruppen.

CPR-nr.	_____
Navn:	_____
Adresse:	_____
	_____
Pårørende:	
Navn:	_____
Adresse:	_____
Kontakttelefon:	

**Bruger du briller/kontaktlinser?**     ja     nej

**Lider du af allergi?**     ja     nej    *Hvis ja: angiv art og behandling:*  
(pollen, penicillin, jod,  
plaster, acetylsalicylsyre  
eller andet)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lider du af en kronisk sygdom?**     ja     nej    *Hvis ja: angiv art og behandling:*  
(sukkersyge, astma,  
epilepsi eller andet)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Stivkrampevaccination:**    *Angiv årstal:* \_\_\_\_\_

**Øvrige helbredsmæssige  
oplysninger:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dato	Underskrift:
------	--------------

**NB blanketten bliver destrueret umiddelbart efter turen**