



För barn/elev i förskola, förskoleklass, grundskola, fritidshem och gymnasium.

Anmälan avser

- Tillbud ("oj") Olycksfall ("aj")

Barnets/elevens uppgifter

För- och efternamn	
Förskola/skola	Klass/grupp
Ålder	Kön <input type="checkbox"/> Flicka <input type="checkbox"/> Pojke

Uppgifter om händelsen

Datum och tidpunkt för händelsen
Var inträffade händelsen <input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus

I vilken situation/miljö på skolan inträffade händelsen? (flera alternativ kan kryssas i)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fritidshem | <input type="checkbox"/> Prao/praktik | <input type="checkbox"/> Utanför skolområdet |
| <input type="checkbox"/> Hemkunskap | <input type="checkbox"/> Rast | <input type="checkbox"/> Utflykt/friluftsdag |
| <input type="checkbox"/> Idrott | <input type="checkbox"/> Skolgården | <input type="checkbox"/> Vägen till/från skolan |
| <input type="checkbox"/> Korridor | <input type="checkbox"/> Skolrestaurang/matsal | <input type="checkbox"/> Annat skolämne/lektion |
| | <input type="checkbox"/> Slöjd textil | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |
| <input type="checkbox"/> Omklädningsrum | <input type="checkbox"/> Slöjd trä/metall | |

I vilken situation/miljö på förskolan inträffade händelsen? (flera alternativ kan kryssas i)

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> På avdelningen | <input type="checkbox"/> Ute på gården | <input type="checkbox"/> I kapprummet |
| <input type="checkbox"/> Utanför förskolans område | <input type="checkbox"/> Under måltid | <input type="checkbox"/> Utflykt |
| <input type="checkbox"/> Annat: _____ | | |

Vilken kroppsdel har skadats/vilken typ av skada? (flera alternativ kan kryssas i)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergisk reaktion födoämne | <input type="checkbox"/> Fraktur | <input type="checkbox"/> Smärta |
| <input type="checkbox"/> Allergisk reaktion annat | <input type="checkbox"/> Fot/tå | <input type="checkbox"/> Stukning |
| <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> Hand/finger | <input type="checkbox"/> Sår |
| <input type="checkbox"/> Ben/knä | <input type="checkbox"/> Huvud/ansikte | <input type="checkbox"/> Tänder |
| <input type="checkbox"/> Blåmärke/svullnad | <input type="checkbox"/> Klämskada | <input type="checkbox"/> Ögon |
| <input type="checkbox"/> Blödning | <input type="checkbox"/> Mage | <input type="checkbox"/> Psykisk påverkan |
| <input type="checkbox"/> Bröst | <input type="checkbox"/> Rygg | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

Beskriv kortfattat vad som hände:

Händelsens art om det handlar om hot/våld: (flera alternativ kan kryssas i)

- Fysiskt våld (t ex knuffar eller slag)
- Textbaserat (t ex klotter eller lappar)
- Digitala medier (t ex mail, sms, mms eller sociala nätverk)

Vem/vilka tog hand om barnet/eleven efter att händelsen inträffat?

Hur skedde omhändertagandet? (flera alternativ kan kryssas i)

- Återvände till förskolan/skolan/fritidshemmet återhämtad efter händelsen
- Togs omhand på förskolan/skolan/fritidshemmet
- Hämtades av vårdnadshavare/åkte hem
- Skickades till vårdcentral/sjukhus/tandvård
- Sökte vårdcentral/sjukhus/tandvård senare på eget/vårdnadshavares initiativ

Vilka åtgärder har vidtagits för att förhindra nya olyckor och tillbud?

- Inga åtgärder
- Akuta åtgärder
- Åtgärder på längre sikt
- Vidarebefordrat till arbetsmiljöansvarig rektor/förskolechef

Kommentarer och förslag på åtgärder:

Har vårdnadshavare fått information om kommunens olycksfallsförsäkring?

Ja Nej Vet ej

Vid allvarlig olycka/tillbud har skolan gjort anmälan till arbetsmiljöverket?

(gäller ej barn/elever på förskola/fritidshem)

Ja, datum _____ Nej Vet ej

Underskrifter

Personal/uppgiftslämnare

Vårdnadshavare

Datum och underskrift

Datum och underskrift