



SYKKYLVEN

Legeattest for skuleelevar

Namn:

Fødselsdato:

Årsak til fråvær:

(Diagnose kun etter
samtykkje fra
foreldre/føresette)

Funksjonsbeskriving:

- Tilrette-
leggingsbehov
- Kan gjere
- Kan ikkje gjere

Legeattesten er gyldig

Frå (dato):

Til (dato):

**Tidsperspektiv dato neste
funksjonsvurdering/
friskmelding:**

Dato:

Underskrift: