

nánd

Umsókn til dagtilhaldið í Fuglafirði

Fornavn	Eftirnavn	P-tal
		Kyn
Bústaður Búgva tygum saman við öðrum? Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>	Bygd/býur	Tlf.
		Fartlf.
		Teldupostadr.
Co. Bústaður	Bygd/býur	Tlf.

Hjúnalagsstöða – set kross og navn á hjúnafelaga

Gift/ur: <input type="checkbox"/>	Ógift/ur: <input type="checkbox"/>	Einkja/einkjumaður: <input type="checkbox"/>		
Hjúnafelegi	Navn:	P-tal:	Tlf.:	Fartlf.:

Lækni	Navn:	Bygd/Býur:	Tlf.:
--------------	-------	------------	-------

Avvarðandi

Navn	Bústaður	Bygd/Býur	Tlf.	Fartlf.	Skyldskapur

Hava tygum fingið staðfest sjúkuna?	Ja : <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
Hvat slag av demensi?		
Hvar og nær?		

Førleikar:

Gera tygum sjálv/sjálvur døgurða?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
- Lata seg í (sjálvhjálpin)	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
- Vesiviðurskipti (sjálvhjálpin)	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>

Flutningsmöguleikar:

- Hava tygum sjálv/sjálvur möguleika til flutning?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	-------------------------------

