

Målgruppe: Familier med kreftsyke- og immunsvake barn**Tiltakets navn:** Solhagan**Ansvarlig enhet:** Oslo kommune, Barne- og familieetaten**Kontaktinformasjon:**

Barnets navn			
Personnummer			
Adresse			
Kjønn (Sett kryss)	Gutt: ☐	Jente ☐	
Antall hjemmeboende søsken (navn/ alder)			
Foresatt 1 Foresatt 2	Navn	Telefonnummer	Adresse
Alternativ kontaktperson (relasjon)			

Medisinsk informasjon:

Diagnose	
Allergier/ spesielle hensyn	
Navn på lege/ sykepleier	
Telefonnummer	

Søknadsskjema Solhagan

Hvor mye avlastning er ønskelig (antall dager/spesielle dager)		
Hvor ønskes avlastningen (sett kryss)	Solhagan ☐	Sykehuset ☐
Jeg/ vi gir barnet mitt tillatelse til å være passasjer i bil/ taxi dersom det er i regi av Solhagan (Sett kryss)	Ja ☐	Nei ☐
Jeg/ vi gir samtykke til at mitt barn kan være med på fotografier på Solhagan til internt bruk og kommunikasjon mellom foresatte på Solhagan (Sett kryss)	Ja ☐	Nei ☐

Signeres ved å sende inn via eDialog.

Avlastning gis på dagtid på hverdager etter behov og kapasitet.

Ved spørsmål ta kontakt

Solhagan: 48016845

Mats Eriksen: 90259623

Søknad sendes via

<https://www.oslo.kommune.no/edialog/>

➔ Velg logg inn i eDialog til Barne- og familieetaten