



## Personuppgifter

Efternamn		Alla förnamn		Personbeteckning			
Nuvarande adress		Postnummer	Postanstalt	Telefon	E-post		
Närmaste anhörig		Telefon		E-post			
Information om studier							
<input type="checkbox"/> jag studerar inte		<input type="checkbox"/> jag studerar, skolan är oavslutad, avslutas den _____		<input type="checkbox"/> jag jobbar inte			
<input type="checkbox"/> jag jobbar, var _____		Nuvarande yrke					
Skolans namn, linje, studieriktning eller fakultet (detaljerat angivet)							
Körkort	Körkortsklass	Om körkort saknas, pågår din körkortsutbildning?		Körkortsklass och förarutbildningsskede		Typ av idrott	Idrottsgren, nivå
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej			<input type="checkbox"/> proffs-/tävlingsidrottare	<input type="checkbox"/> motionsidrottare
Fritidsaktiviteter							

## Önskemål gällande tjänstgöringen

Jag kommer att söka till: (Om du tänker söka till specialtrupperna ska du göra det genom en separat ansökan.)		Jag önskar inleda tjänstgöringen under de tre på uppådet följande åren: 1)			Jag önskar som trupperförband eller tjänstgöringsort 1)	
<input type="checkbox"/> Fallskärmsjägarskolan	<input type="checkbox"/> Specialgränsjägare	1:a året, år _____	2:a året, år _____	3:e året, år _____	1. _____	
<input type="checkbox"/> Idrottsskolan	<input type="checkbox"/> Utbildning inom elektronisk krigföring	<input type="checkbox"/> I kont. januari	<input type="checkbox"/> I kont. januari	<input type="checkbox"/> I kont. januari	2. _____	
<input type="checkbox"/> Flygvapnets beväringsskolor	<input type="checkbox"/> Internationell beredskapsstyrka	<input type="checkbox"/> II kont. juli	<input type="checkbox"/> II kont. juli	<input type="checkbox"/> II kont. juli	3. _____	
<input type="checkbox"/> Militärmusiker					<input type="checkbox"/> vilken som helst	
<input type="checkbox"/> Dykare						

1) Motivering till varför jag önskar tjänstgöra vid ovannämnda trupperförband med början från angivna tidpunkt

Efternamn	Alla förnamn
-----------	--------------

## Allmänna uppgifter gällande hälsotillstånd och livsstil

Känner du dig frisk?	Tror du att du kan slutföra tjänstgöringen?	Hur ställer du dig till att genomföra beväringstjänsten?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> gärna <input type="checkbox"/> vet ej	<input type="checkbox"/> jag är inte intresserad <input type="checkbox"/> motvilligt
Jag klarar av den fysiska belastningen under beväringstjänstgöringen	Hur bra sover du?	Längd	Vikt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> troligen <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> problem ibland <input type="checkbox"/> dåligt	cm	kg
Använder du receptbelagda läkemedel? Om ja, vilka?	Dricker du alkohol?	Använder du tobaksprodukter?	Antal cigaretter eller portioner snus/dygn i medeltal
<input type="checkbox"/> regelbundet <input type="checkbox"/> ibland <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Några ggr/mån <input type="checkbox"/> Några ggr/vecka <input type="checkbox"/> 4 ggr eller mer/vecka	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ibland <input type="checkbox"/> ofta

## Sjukdomar och symptom

Har du haft följande sjukdomar eller symptom (kryssa för antingen ja eller nej på alla frågorna)?

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>ja</b>                | <b>nej</b>               | <b>1. Rörelseorganens sjukdomar eller olycksfall</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) rygg  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) knä   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) vrist   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) rörelsehinder i skolan  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) övrig   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>2. Ämnesomsättnings- och näringssjukdomar samt endokrina sjukdomar (t.ex. underfunktion i sköldkörteln, diabetes)</b> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>3. Hjärt-kärlsjukdomar (t.ex. hjärtfel, högt blodtryck, upprepade rytmrubbningar)</b>                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4. Sjukdomar i andningsorganen (t.ex. astma)</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>5. Allergi eller hudsjukdom</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>6. Sjukdomar i nervsystemet (t.ex. huvudvärk, migrän eller epilepsi)</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>7. Medfödda missbildningar</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>8. Ögon- och öronsjukdomar</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>9. Sjukhusvård eller operationer</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>10. Psykiska störningar, koncentrationssvårigheter, nervositet, depression</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>11. Har du varit i behandling för psykiska störningar eller symptom</b>   |

Ange här närmare information om sjukdomarna och symptomen, ifall du har svarat jakande på föregående fråga.  
Var har du vårdats och när? Ange i synnerhet sådana behandlingar som fortfarande pågår eller om du har betydande funktionsnedsättningar.

Den uppådspliktiges underskrifter. Jag intygar härmed att jag svarat på ovannämnda frågor utan att hemlighålla eller överdriva något.

Hälsoundersökning på förhand (Underskrift hemma/på hälsocentralen)	Uppbådsgranskning Uppgifterna har ändrat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Ankomstgranskning vid truppförbandet Uppgifterna har ändrat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Datum och underskrift	Datum och underskrift	Datum och underskrift