



Personuppgifter

Efternamn		Alla förnamn		Personbeteckning
Nuvarande adress	Postnummer	Postanstalt	Telefon	E-post
Närmaste anhörig	Telefon		E-post	
Information om studier				
☐ jag studerar inte ☐ jag studerar, skolan är oavslutad, avslutas den _____			☐ jag jobbar inte ☐ jag jobbar, var _____	
Skolans namn, linje, studieriktning eller fakultet (detaljerat angivet)			Nuvarande yrke	
Körkort	Körkortsklass	Övningsdelen slutförd	Fördjupningsdelen slutförd	Tidpunkt för utfärdande av långvarigt körkort?
☐ ja ☐ nej _____		☐ ja ☐ nej _____	☐ ja ☐ nej _____	
		Typ av idrott		Idrottsgren, nivå
		☐ proffs-/tävlingsidrottare ☐ 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 truppförband eller tjänstgöringsort 1)
☐ Fallskärmsjägarskolan ☐ Specialgränsjägare	1:a året, år _____	1. _____
☐ Idrottsskolan ☐ Utbildning inom elektronisk krigföring	2:a året, år _____	2. _____
☐ Flygvapnets beväringsskolor ☐ Internationell beredskapsstyrka	☐ I kont. januari ☐ I kont. juli	3. _____
☐ Militärmusiker		
☐ Dykare		☐ vilken som helst

1) Motivering till varför jag önskar tjänstgöra vid ovannämnda truppförband 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?	
☐ ja ☐ nej		☐ ja ☐ vet ej ☐ nej		☐ gärna ☐ vet ej ☐ jag är inte intresserad ☐ motvilligt	
Jag klarar av den fysiska belastningen under beväringstjänstgöringen		Hur bra sover du?		Längd	
☐ ja ☐ troligen ☐ vet ej ☐ nej		☐ bra ☐ problem ibland ☐ dåligt		cm	
Använder du receptbelagda läkemedel? Om ja, vilka?		Dricker du alkohol?		Använder du tobaksprodukter?	
☐ regelbundet ☐ ibland _____ ☐ nej		☐ nej ☐ Några ggr/mån ☐ Några ggr/vecka ☐ 4 ggr eller mer/vecka		☐ nej ☐ ja	
				Antal cigaretter eller portioner snus/dygn i medeltal	
				☐ nej ☐ ibland ☐ ofta	
Sjukdomar och symptom					
Har du haft följande sjukdomar eller symptom (kryssa för antingen ja eller nej på alla frågorna)?			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.		
ja nej ☐ ☐ a) rygg b) knä c) vrist d) rörelsehinder i skolan e) övrig ☐ ☐ 2. Ämnesomsättnings- och näringssjukdomar samt endokrina sjukdomar (t.ex. underfunktion i sköldkörteln, diabetes) ☐ ☐ 3. Hjärt-kärlsjukdomar (t.ex. hjärtfel, högt blodtryck, upprepade rytmrubbningar) ☐ ☐ 4. Sjukdomar i andningsorganen (t.ex. astma) ☐ ☐ 5. Allergi eller hudsjukdom ☐ ☐ 6. Sjukdomar i nervsystemet (t.ex. huvudvärk, migrän eller epilepsi) ☐ ☐ 7. Medfödda missbildningar ☐ ☐ 8. Ögon- och öronsjukdomar ☐ ☐ 9. Sjukhusvård eller operationer ☐ ☐ 10. Psykiska störningar, koncentrationssvårigheter, nervositet, depression ☐ ☐ 11. Har du varit i behandling för psykiska störningar eller symptom					