

Barn/elev

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Klass: _____

Termin: _____

Vårdnadshavare 1

Namn: _____

Adress: _____

Hemtelefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-post: _____

Arbetsplats: _____

Telefon till arbetet: _____

Vårdnadshavare 2

Namn: _____

Adress: _____

Hemtelefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-post: _____

Arbetsplats: _____

Telefon till arbetet: _____

Annan anhörig (t ex mormor, farmor)

Namn: _____

Hemtelefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-post: _____

Telefon till arbetet: _____

Övrig information (t ex allergier)

Datum när blanketten fylldes i
