



Barnets Namn: ..... Personnummer: .....

Adress: .....

Allergier: .....

.....

Annat information vi behöver: .....

.....

Tillåter ni att;

Vi skjutsar ert barn i bil?

Ja

Nej

Fotograferar ert barn i skolmiljö som t.ex kan användas i broschyr eller hemsida?

Ja

Nej

Att vi tar kontakt med skolsköterska/elevhälsan om vi anser det nödvändigt?

Ja

Nej

---

Vårdnadshavarens namn: ..... Personnummer: .....

Adress: .....

Mailadress: ..... Telefonnummer: .....

---

Vårdnadshavarens namn: ..... Personnummer: .....

Adress: .....

Mailadress: ..... Telefonnummer: .....

---

Datum .....

Underskrift: .....

Datum .....

Underskrift: .....