

PERSONUPPGIFTER

Barnets namn:	Personnummer:
Folkbokförd adress:	Tel.nr.
Vårdnadshavares namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer & Mobil nummer
Arbetsplats & arbetsplatsens telefonnummer:	E-post
Vårdnadshavares namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer & Mobil nummer:
Arbetsplats & arbetsplatsens telefonnummer:	E-post:

Civilstånd: (stryk under de alternativ som stämmer för er)

Gifta Sammanboende Ensamstående Enskild vårdnad Gemensam vårdnad

Syskons namn:	Född år:	Syskons namn:	Född år:
Syskons namn:	Född år:	Syskons namn:	Född år:

Anlitad barnvårdcentral:

Sköterskans namn:

Vem kontaktar vi om föräldrarna inte nås? (namn, tel.nr):

Övriga upplysningar som måste beaktas:

1. Barnet är allergiskt 2. Barnet har behov av specialkost
3. Övriga allergier 4. Barnet har annat modersmål

Språk: _____

Övrigt:

Vårdnadshavares underskrift: _____ Datum _____