

Datum

Uppgifter om barnet/eleven

Namn		Födelsenummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Postadress	
Förskola/skola	Avdelning/klass	

Övrig information t ex allergi, medicin

Vid sjukdom under dagen kontaktas i **1:a hand** _____

2:a hand _____

Uppgifter om vårdnadshavare

Namn		Telefonnummer hem
Adress		Mobil telefonnummer
Postnummer	Postadress	
E-postadress, bostad		
Arbetsplats		Telefonnummer arbetet

Uppgifter om vårdnadshavare

Namn		Telefonnummer hem
Adress		Mobil telefonnummer
E-postadress, bostad		
Postnummer	Postadress	
Arbetsplats		Telefonnummer arbetet

Annan anhörig/bekant

Namn	Telefonnummer
Namn	Telefonnummer