

## ELEVKORT

Namn:	Personnummer:
Vårdnadshavare:	Vårdnadshavare:
Syskon 1:	Syskon 2:
Syskon 3:	Syskon 4:
Bostadsadress:	Postadress:
E-postadress:	Kan få information via e-post: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hemtelefon:	Gemensam vårdnad: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Mobiltelefon 1:	Mobiltelefon 2:
Tel. arbete:	Tel. arbete:
Får åka bil med personal (med bälte ev. stol vid behov): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Får åka bil med annan vuxen t. ex. förälder (med bälte ev. stol vid behov): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Får vara med på foto som publiceras på skolans hemsida: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Syn/hörselnedsättning: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja: Vad? Hjälpmedel?
Allergier: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>  Om ja: Vad? Mediciner?	Övriga upplysningar:
Datum:	Samtliga vårdnadshavares underskrifter:

