

Utbildningsförvaltningen

Elev

Skola: Brinellskolan	Klass:
Elevens namn:	Personnummer:

Vårdnadshavare 1:

Namn:	Födelsedatum:
Adress (inkl. lägenhetsnr.):	Postnummer och postort:
c/o adress:	Telefon:
E-postadress:	
Arbetsplats:	Telefon arbete:

Vårdnadshavare 2:

Namn:	Födelsedatum:
Adress (inkl. lägenhetsnr.):	Postnummer och postort:
c/o adress:	Telefon:
E-postadress:	
Arbetsplats:	Telefon arbete:

Annan som kan kontaktas vid behov:

Nationalitet:	Språk:
Behövs tolk vid samtal med förälder:	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Asylsökande:	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Uppehållstillstånd:	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Dossiernummer:	

Allergier	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Om JA: Vad är eleven allergisk mot?	
Övrig viktig information:	

Vårdnadshavare 1:

Ort och datum: _____

Underskrift

Namnförtydligande

Vårdnadshavare 2:

Ort och datum: _____

Underskrift

Namnförtydligande