

Närmast anhörig information.

Elev

Efternamn	Tilltalsnamn
Födelsedatum	Mobilnummer
Gatuadress	
Postnummer	Postort

Vårdnadshavare 1**Vårdnadshavare 2**

Namn	Namn
Telefonnummer	Telefonnummer
Telefonnummer arbetet	Telefonnummer arbetet
Arbetsplats	Arbetsplats
E-post	E-post

Annan person som kan kontaktas vid akut situation.

Namn	Telefonnummer
Namn	Telefonnummer

Allergi eller annan åkomma som kan vara viktig för skolan att veta:

Underskrift

Ort	Datum
Uppgiftslämnarens namn	Underskrift

Lämnas på skolans expedition