



UPPGIFTER OM BARN

Barnets namn	
Barnets personnummer	
Adress	
Telefon, hem:	

	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namn		
Mobiltelefon		
Arbetsplats		
Telefon, arbetet		
Mailadress dit förskolan skickar info		

Annan anhörig/sambo

Namn		Telefon	
Namn		Telefon	

Syskon: _____

Allergier: _____

Barnsjukdomar, t.ex. astma, epilepsi: _____

Övrigt: _____

Ort och datum

Underskrift vårdnadshavare 1

Namnförtydligande

Ort och datum

Underskrift vårdnadshavare 2

Namnförtydligand