

## Förskolan Kaprifolen

Barnets namn	Personnummer 12 siffror
Adress	Postnummer
Vårdnadshavares namn	Vårdnadshavares arbetsplats
Vårdnadshavares mobilnummer	Telefonnummer arbetsplats
Vårdnadshavares namn	Vårdnadshavares arbetsplats
Vårdnadshavares mobilnummer	Telefonnummer arbetsplats
Vårdnadshavares mailadress	Vårdnadshavares mailadress
Närmast anhörig/mobilnummer	
Syskons namn	
Hemspråk/land	
Allergi/specialkost	
Övrigt	

Jag tillåter att:

Mitt telefonnummer lämnas till andra vårdnadshavare, med tanke på en telefonlista <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Mitt barn tillåts vara med på förskolans dokumentation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Mitt barn tillåts åka tåg/buss tillsammans med förskolans personal <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vårdnadshavares underskrift

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_