**Förskolan Kaprifolen**

**Kontaktuppgifter**

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

Jag tillåter att:

|  |
| --- |
| mitt telefonnummer lämnas till andra vårdnadshavare   * Ja * Nej |
| mitt barn får vara med på förskolans dokumentation   * Ja * Nej |
| mitt barn får åka tåg/buss/bil tillsammans med förskolans personal   * Ja * Nej |

Vårdnadshavares underskrift Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_