**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   * Ja * Nej |
| Mitt barn tillåts vara med på förskolans dokumentation   * Ja * Nej |
| Mitt barn tillåts åka tåg/buss tillsammans med förskolans personal   * Ja * Nej |

Vårdnadshavares underskrift Datum

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

Vårdnadshavares underskrift Datum

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