



KONTAKTUPPGIFTER

Datum _____

För att snabbt kunna kontakta våra elevers vårdnadshavare om behov skulle uppstå under skoltid, önskar vi att ni fyller i nedanstående rader.

Elev

Namn		Personnummer
Klass	Telefon bostad	Mobiltelefon
Epostadress		
Bostadsadress		Postnr och ort
Ev inackorderingsadress under skolveckan		
Ev allergi, specialkost, övrigt		

Vårdnadshavare 1 (eller annan anhörig)

Namn		Telefon arbete
Telefon bostad	Mobiltelefon	
Epostadress		
Bostadsadress	Postnr och ort	

Vårdnadshavare 2 (eller annan anhörig)

Namn		Telefon arbete
Telefon bostad	Mobiltelefon	
Epostadress		
Bostadsadress	Postnr och ort	

Annan person som kan kontaktas om vi inte når vårdnadshavare

Namn		Telefon arbete
Telefon bostad	Mobiltelefon	
Epostadress		
Bostadsadress	Postnr och ort	

Förvaras i elevakten, kopia till mentor