



Förskolan Laxen

Barnets namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Förälder: _____ Mobilnummer: _____

Mailadress: _____

Hemtelefon: _____

Arbetsplats: _____ Telefon arbetsplats: _____

Förälder: _____ Mobil nummer: _____

Mailadress: _____

Hemtelefon _____

Arbetsplats: _____ Telefon arbetsplats: _____

Anhörig: _____ Telefonnummer: _____

Hemtelefon: _____

Arbetsplats: _____ Telefon arbetsplats: _____

Barnet är allergiskt

mot: _____

Medicin som barnet är allergisk

mot: _____

Annan viktig

information: _____