



Välkommen till Ödkarby skola!

Barnets namn: _____

Födelseid och personsignum: _____

Adress (väg, by, postadress): _____

Modersmål: _____

Tillhör ev.luth. _____ Befolkningsregistret _____ Annat (viket) _____

Vårdnadshavare 1:

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

E-post adress: _____

Arbetsplats, telefon dagtid: _____

Vårdnadshavare 2:

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

E-post adress: _____

Arbetsplats, telefon dagtid: _____

Sjukdomar, medicinering, allergier eller annat skolan bör känna till:
