

Skickas till:

*Föräldrakooperativet Axet
Stora Wahlby
590 22 VÄDERSTAD*

Önskar plats från och med:

Barnets efternamn	
Barnets Förnamn	
Personnummer	
Kön	
Folkbokförd gatuadress	
Folkbokförd postadress	

	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namn		
Personnummer		
Gatuadress		
Postadress		
E-Post		
Telefon dagtid		
Telefon kvällstid		
Arbetsgivare/Skola		

Fakturamottagare

<input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare 1	<input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	Delad faktura
--------------------------	------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------

Vårdnadshavare

<input type="checkbox"/>	Gemensam vårdnad	<input type="checkbox"/>	Delad vårdnad	<input type="checkbox"/>	Ensam vårdnad
--------------------------	------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

Barnets Modersmål

Modersmål vårdnadshavare 1	
Modersmål vårdnadshavare 2	
Språk som talas i hemmet	

Övriga upplysningar (tex allergi, sjukdom eller behov av extra resurser för barnet, föräldraledighet, arbetslös/arbetssökande förälder)

Ort och Datum	Ort och Datum
Underskrift Vårdnadshavare 1	Underskrift Vårdnadshavare 2

Lämnade uppgifter behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL)