

# ANMÄLAN TILL MARIASKOLANS FRITIDSHEM

## UPPGIFTER OM BARNET

|           |         |              |
|-----------|---------|--------------|
| Efternamn | Förnamn | Personnummer |
|-----------|---------|--------------|

## VÅRDNADSHAVARE (vid två vårdnadshavare skall båda fylla i blanketten)

|                                                                                                                                                                                 |                                                                               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Efternamn                                                                                                                                                                       | Förnamn                                                                       | Personnummer  |
| Telefon hem                                                                                                                                                                     | Telefon arbete                                                                | Telefon mobil |
| <input type="checkbox"/> Anställd<br><input type="checkbox"/> Egen rörelse                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Studerande<br><input type="checkbox"/> Arbetssökande |               |
| Arbetsgivare/Skola/Egen rörelse                                                                                                                                                 |                                                                               |               |
| Kontaktperson: Namn och telefonnummer                                                                                                                                           |                                                                               |               |
| Arbetstider samt restider                                                                                                                                                       |                                                                               |               |
| Jag godkänner att ovan lämnade uppgifter kontrolleras hos min arbetsgivare/studieansvarig<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                           |                                                                               |               |
| <b>Jag försäkrar att på blanketten lämnade uppgifter är riktiga. Jag är medveten om min skyldighet att anmäla sådana förändringar som kan påverka omsorgstidens omfattning.</b> |                                                                               |               |
| Datum:                                                                                                                                                                          | Underskrift                                                                   |               |

## VÅRDNADSHAVARE

|                                                                                                                                                                                 |                                                                               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Efternamn                                                                                                                                                                       | Förnamn                                                                       | Personnummer  |
| Telefon hem                                                                                                                                                                     | Telefon arbete                                                                | Telefon mobil |
| <input type="checkbox"/> Anställd<br><input type="checkbox"/> Egen rörelse                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Studerande<br><input type="checkbox"/> Arbetssökande |               |
| Arbetsgivare/Skola/Egen rörelse                                                                                                                                                 |                                                                               |               |
| Kontaktperson: Namn och telefonnummer                                                                                                                                           |                                                                               |               |
| Arbetstider samt restider                                                                                                                                                       |                                                                               |               |
| Jag godkänner att ovan lämnade uppgifter kontrolleras hos min arbetsgivare/studieansvarig<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                           |                                                                               |               |
| <b>Jag försäkrar att på blanketten lämnade uppgifter är riktiga. Jag är medveten om min skyldighet att anmäla sådana förändringar som kan påverka omsorgstidens omfattning.</b> |                                                                               |               |
| Datum:                                                                                                                                                                          | Underskrift                                                                   |               |

## ELEVINFORMATION

1. Barnets för- och efternamn:

---

2. Har barnet någon sjukdom eller funktionsnedsättning som personalen bör ha kännedom om? Beskriv.

---

---

---

3. Använder barnet någon medicin? Ange i så fall vilken. Någon speciell information i anknytning till detta?

---

---

---

4. Om något händer barnet, vart ska personalen vända sig? Ange namn OCH telefonnummer (rangordna).

1 

---

2 

---

3 

---

4 

---

6. Övrig information.

---

---

---

---

*Dessa uppgifter sekretessförvaras ej och skolans föräldraförening har tillgång till dem.*

Datum

Målsmans underskrift