

# Ängaskolan

# Edvinshemsskolan

## KONTAKT SKOLA - HEM

Elevens namn: \_\_\_\_\_

Klass: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer/adress: \_\_\_\_\_

Telefon hem: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares telefonnummer till arbetet:

Namn: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Annan kontaktperson:

Namn: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Föreligger någon form av allergi eller sjukdom, som är viktig att känna till i en akut situation? (ej obligatoriskt): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ystad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

underskrift