



Barnets namn	Personnummer
--------------	--------------

**VÅRDNADSHAVARE**

Efternamn och förnamn	Personnummer		
Arbetsgivare/skola	Telefon arbetsgivare/skola		
Efternamn och förnamn (vårdnadshavare/sambo/make/partner)	Personnummer		
Arbetsgivare/skola	Telefon arbetsgivare/skola		
Utdelningsadress	Telefon bostad		
Postnr	Ortsnamn		
E-post (vårdnadshavare)	Telefon mobil		
E-post (vårdnadshavare/sambo/make/partner)	Telefon mobil		
<input type="checkbox"/> Gifta	<input type="checkbox"/> Sambo, barnet gemensamt	<input type="checkbox"/> Sambo, barnet ej gemensamt	<input type="checkbox"/> Ensamstående

**GEMENSAM VÅRDNAD (Vårdnadshavare som ej har samma folkbokföringsadress som barnet.)**

Efternamn och förnamn	Personnummer	
Utdelningsadress		
Postnr	Ortsnamn	Telefon

**ÖNSKAD BARNOMSORG**

Fr.o.m (datum)	<input type="checkbox"/> Förskola
Antal timmar/vecka	Övriga upplysningar (allergi, överkänslighet, astma, funktionsnedsättning)

**DATUM OCH UNDERSKRIFT (OBS! Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under.)**

Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande