

SOS Blankett

Elev:

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Föräldrar/Vårdnadshavare:

Mamma/Vårdnadshavare 1: _____

Adress: _____

Telefon bostad: _____ Telefon arbete: _____

Mobil: _____

Pappa/Vårdnashavare 2: _____

Adress: _____

Telefon bostad: _____ Telefon arbete: _____

Mobil: _____

Övriga viktiga personer:

Namn: _____ Relation: _____

Telefon bostad: _____ Telefon arbete: _____

Mobil: _____

Namn: _____ Relation: _____

Telefon bostad: _____ Telefon arbete: _____

Mobil: _____

Övrig viktig information (ex. allergi, medicinering m.m.):
