



Barnets navn: _____ Cpr.: _____

Mors navn: _____ Cpr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Fars navn: _____ Cpr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Telefonnr.: _____

Sæt X ved de telefonnumre,
som må skrives i SFO Caféen,
så I forældre hurtigt kan ringe
til hinanden vedr. legeaftaler
mv.

Mors mobil: _____ Andet: _____

Fars mobil: _____ Andet: _____

Forældremyndighedsindehaver (sæt X): Mor: ___ Far: ___ Fælles : ___

E-mail mor: _____ E-mail far: _____

Læge: _____ Anden kontaktperson ved sygdom _____

Kan dit barn tåle pencilen (ja/nej)? _____ Dato for sidste stivkrampe: _____

Har dit barn en kronisk sygdom, eller skal der tages specielle hensyn?

Må barnet bade med skole/SFO/klub ved strand/sø eller svømmehal

(ja/nej)? _____ se: a

Må dit barn befordres i bil af skole/SFO/klub med en medarbejder som fører

(ja/nej)? _____ se: b

Må vi internt vise billeder/optagelser af barnet i vores skole/SFO/klubpræsentationer fx
papirtryk eller billedfremviser mv. (ja/nej)? _____ se: c

Må vi eksternt vise billeder/optagelser af barnet i vores skole/SFO/klubpræsentationer på
vores hjemmeside. (ja/nej)? _____ se: c

Forældreunderskrift _____ dato _____