

Uppgifter angående elever vid Orionskolan

Datum _____

Elevens namn	Personnr
Adress	Postadress
Telefon	

Vårdnadshavare 1	Mobilnr
Adress	Postadress
Telefon hem/arb	E-post

Vårdnadshavare 2	Mobilnr
Adress	Postadress
Telefon hem/arb	E-post

Nära anhörig 1	Mobilnr
Adress	Postadress
Telefon hem/arb	E-post

Nära anhörig 2	Mobilnr
Adress	Postadress
Telefon hem/arb	E-post

Annat som du tycker skolan behöver känna till, tex sjukdom, medicin, allergi.