



ÖVERKALIX

INSKRIVNING GRUNDSKOLA

KOMMUN

Barnets namn	Född år	Mån	Dag	Nr
Hemadress				
Postnr och ort				
Vårdnadshavare 1 namn (även adress om den ej är samma som ovan)				
Vårdnadshavare 1 personnr				
Postnr och ort	Telnr hem/mobil			
	Tel arbete			
Mailadress vårdnadshavare 1				
Vårdnadshavare 2 namn (även adress om den ej är samma som ovan)				
Vårdnadshavare 2 personnr				
Postnr och ort	Telnr hem/mobil/			
	Tel arbete			
Mailadress vårdnadshavare 2				
Underskrift vårdnadshavare 1		Underskrift vårdnadshavare 2		
Allergier, sjukdomar eller annat som personalen behöver känna till:				