



O.B.S Fyll i uppgifterna tydligt med bläckpenna, tack!



Elevuppgifter

16/17

Elevens namn: Personnr:

Adress: Postnr: Ort:

Mobilnr: Tfn hem:

Klass: Mentor:

Elevens underskrift:

Vårdnadshavare 1

Namn: Adress:

Postnr: Ort:

E-postadress:

Telefonnummer

Hem: Arbete: Mobil:

Underskrift:

Vårdnadshavare 2

Namn: Adress:

Postnr: Ort:

E-postadress:

Telefonnummer

Hem: Arbete: Mobil:

Underskrift:

Annan anhörigs namn och telnr:

Blanketten lämnas ifylld till skolan senast onsdag den 31 augusti 2016, tack!