



HAGSTRÖMSKA GYMNASIET

Kontaktuppgifter

För att kunna kontakta vårdnadshavare önskar vi att ni fyller i nedanstående uppgifter.

Elev: Klass:

Adress: Postnr.: Postort:

Telefon hem: Mobil:

E-post:

Var goda markera huruvida eleven bor hos vårdnadshavare 1 eller vårdnadshavare 2.

Vårdnadshavare 1

Eleven bor hos mig: JA [] NEJ []

Namn:

Adress: Postnr.: Postort:

Telefon hem: Telefon arbete

Mobil: E-post:

Vårdnadshavare 2

Eleven bor hos mig: JA [] NEJ []

Namn:

Adress: Postnr.: Postort:

Telefon hem: Telefon arbete

Mobil: E-post:

Jag ger min tillåtelse till att ni delar ut värktablett till min son/dotter vid tillfälliga besvär.

JA [] NEJ []

Jag ger min tillåtelse till skolan att lagra och publicera material på eleven som ev kan förekomma i olika medier, bland annat skolans eget marknadsföringsmaterial.

JA [] NEJ []

.....
Vårdnadshavares underskrift, Datum