

ELEVANMÄLAN TILL KASKÖ SVENSKA SKOLA

Elev	Efternamn:
	Förnamn: Tilltalsnamn:
	Personbeteckning: Kön: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> kvinna
	Modersmål:
	Hemadress:
	Postnummer och -anstalt:
	Hemtelefon:
	Elevens mobiltelefon:
	Hemkommun:
Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> gemensam vårdnad
	<input type="checkbox"/> ensamstående, mor
	<input type="checkbox"/> ensamstående, far
	<input type="checkbox"/> annan
	Mors namn: tel:
	E-post:
	Adress:
	Fars namn: tel:
	E-post:
	Adress:
	Annan vårdnadshavare: tel:
	E-post:
Adress:	
Religion	<input type="checkbox"/> Ev.luth.förs. <input type="checkbox"/> Ortodox
	<input type="checkbox"/> Hör ej till trossamfund, deltar i ev.lut undervisningen
	<input type="checkbox"/> Hör ej till trossamfund, deltar i livsåskådningsundervisningen
	<input type="checkbox"/> Annat, vad?
Tilläggsuppgifter T.ex. allergier, medicin, hälsa	
Datum och underskrift	Datum: Vårdnadshavarens / vårdnadshavarnas underskrift