



Kontakt anhörig och sjukdomsinformation

Läger: _____

Namn Elev: _____

Personnummer elev (ÅÅMMDD-XXXX): _____

Namn målsman: _____

E-post: _____

Namn annan anhörig: _____

Målsman mobil: _____

Anhörig mobil: _____

Allergier och hälsotillstånd som vi bör beakta

Sjukdom/Medicinering

Övrigt
