

Stamkort



AFDELING

Afdelingens navn:	Dagtilbud:
-------------------	------------

BARN

Barnets navn:	Barnets CPR-nr:
Adresse:	Hjemmetelefon:

HELBREDSOPLYSNINGER

Har barnet særlige kosthensyn?
Har barnet særlige helbredsoplysninger?
Gøres brug af særlige hjælpemidler?
Haves pædagogisk ledsager?

LÆGE

Egen læges navn:	Telefon:
Adresse:	

Stamkort



FORÆLDRE

Forælders navn:		Hjemmetelefon:	
Adresse:		Mobiltelefon:	
E-mail:		Arbejdstelefon:	
Forældremyndighedsindehaver (sæt kryds..)	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	
Relation (fx far/mor/andet..)	Skriv:		

Forælders navn:		Hjemmetelefon:	
Adresse:		Mobiltelefon:	
E-mail:		Arbejdstelefon:	
Forældremyndighedsindehaver (sæt kryds..)	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	
Relation (fx far/mor/andet..)	Skriv:		