

LÄGERSKOLA- OCH INSAMLINGSTILLSTÅND

Fylls i och undertecknas av vårdnadshavaren

1. Elevens uppgifter

Barnets namn: _____

2. Uppgifter om lägerskolan

Tidpunkt: ____ / ____ / 20____ – ____ / ____ / 20____

Plats för lägerskolan: _____

3. Säkerhetsrelaterade uppgifter att beakta

Meddela om det finns något som behöver tas i beaktande under lägerskolan (t.ex. allergier, sjukdomar, medicinering, specialkost, simkunnighet, behov av stöd inom neuropsykiatriska funktionsvariationer m.m.).

4. Samtycke till insamling av medel

Mitt barn får delta i insamling av medel i anslutning till lägerskolan:

☐ Ja ☐ Nej

Jag är vid behov själv beredd att delta i insamlingen (t.ex. talkoarbete, försäljning):

☐ Ja ☐ Nej

5. Vårdnadshavarens kontaktuppgifter

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

6. Underskrift

Datum: ____ / ____ / 20____

Vårdnadshavarens underskrift: _____

Namnförtydligande: _____