



Børnegalaxen
Valby

Indmeldelses-skema

Vi ønsker dato start: _____

Barnets navn:			
Barnets cpr.nr			
Barnets adresse:			
Forældremyndighed:	Mor:	Far:	Fælles:

Moderens navn:	Cpr.nr:
Moderens adresse:	
Moderens arbejdsplads:	Arbejdsplads tlf:
Email:	Mobil tlf:

Faderens navn:	Cpr.nr:
Faderens adresse:	
Faderens arbejdsplads:	Arbejdsplads tlf:
Email:	Mobil tlf:

Barnets læges navn:	Lægens tlf:
---------------------	-------------



Specielle forhold vedrørende barnet:

Sygdomme	
Feberkramper	
Allergi/overfølsomhed	
Kost- hensyn	

Må barnet blive kørt til sygehuset i akut tilfælde:	Ja:	Nej:
---	-----	------

Har familien børne-ulykkeforsikring:	Ja:	Nej:
--------------------------------------	-----	------

Andre personer der må hente barnet:

Navn og efternavn:	Tilknytning til barnet:
Adresse:	Tlf.nr

Navn og efternavn:	Tilknytning til barnet:
Adresse:	Tlf.nr

Dato:	Forældreunderskrift:
-------	----------------------

Dato:	Forældreunderskrift:
-------	----------------------