

Föreningen hanterar information om elever och vårdnadshavare utifrån vårt uppdrag och myndighetsutövning enligt GDPR. Nedan personuppgifter är våra viktigaste uppgifter i kontakter med myndigheter och för barnens och elevernas säkerhet. Varje till föreningen hörande vårdnadshavare skall på uppmaning eller när väsentlig förändring sker för varje barn/elev lämna in fullständiga uppgifter nedan för registerkontroll. Rektor är registeransvarig.

BARN/ELEV

| | | | | | |
|---|--|--------------|--|--------------------------|--|
| Efternamn | | Tilltalsnamn | | Personnummer | |
| Tillstånd som passagerare i bil: <input type="checkbox"/> med personal <input type="checkbox"/> med annan vårdnadshavare <input type="checkbox"/> medges EJ | | | | Elevs mobilnr: | |
| Till och från normalt: <input type="checkbox"/> -Cyklar, Promenerar, Körs <input type="checkbox"/> -Regionbuss nr: <input type="checkbox"/> -Skolbuss nr: | | | | | |
| Önskemål om anpassad kost: <input type="checkbox"/> - Ej Fläskkött <input type="checkbox"/> -Endast vegetarisk kost <input type="checkbox"/> -Specialkost enligt bifogat läkarintyg | | | | Läkarintyg utfärdat den: | |
| Specialkost av medicinska skäl enligt läkarintyg: Allergisk mot: <input type="checkbox"/> -Gluten <input type="checkbox"/> -Spannmål <input type="checkbox"/> -Mjök <input type="checkbox"/> -Fisk, Skaldjur <input type="checkbox"/> -Ägg <input type="checkbox"/> -Nötter <input type="checkbox"/> -Annat: | | | | | |
| Publicering av fotografier: <input type="checkbox"/> medges för intern publicering <input type="checkbox"/> medges för extern publicering <input type="checkbox"/> fråga före extern publicering | | | | | |
| Utöver vårdnadshavares telefonnummer skall följande akutnummer gälla i ordningsföljd: | | | | | |
| Nr 1 | | Nr 2 | | Nr 3 | |
| Namn 1 | | Namn 2 | | Namn 3 | |
| Vänligen notera särskilt: | | | | | |

VÅRDNADSHAVARE 1 & ELEVS FOLKBOKFÖRINGSADRESS

| | | | | | |
|--|---------|--------------|------------|---|----------------|
| Efternamn | | Tilltalsnamn | | Personnummer | |
| Adress | | | Mobilnr | | Telefon arbete |
| Postnr | Postort | | Ev. övrigt | | |
| E-postadress: | | | | Publicera till andra vårdnadshavare <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ | |
| Riktigheten i uppgifterna ovan intygas: | | | | | |
| Ort | | Datum | | Underskrift | |

VÅRDNADSHAVARE 2 (kryssa över om vårdnadshavare 1 har ensam vårdnad)

| | | | | | |
|--|---------|--------------|------------|---|----------------|
| Efternamn | | Tilltalsnamn | | Personnummer | |
| Adress | | | Mobilnr | | Telefon arbete |
| Postnr | Postort | | Ev. övrigt | | |
| E-postadress: | | | | Publicera till andra vårdnadshavare <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ | |
| Riktigheten i uppgifterna ovan intygas: | | | | | |
| Ort | | Datum | | Underskrift | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------|--|------|--|
| | | | | Hanterad den | | Sign | |
|--|--|--|--|--------------|--|------|--|