



Barn

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Vårdnadshavare 1

Förnamn	Efternamn	Personnummer			
Adress		Postnummer och ort			
E-postadress		Mobilnummer			
Sysselsättning och omfattning		Vid delad vårdnad.			
Arbetar	Studerar	Arbetsökande	Föräldraledig	Sjukskriven	Önskar egen faktura och plats
%	%	%	%	%	Ja
Arbetsgivare/skola		Telefon arbetsplats			

Vårdnadshavare 2

Förnamn	Efternamn	Personnummer			
Adress		Postnummer och ort			
E-postadress		Mobilnummer			
Sysselsättning och omfattning		Vid delad vårdnad.			
Arbetar	Studerar	Arbetsökande	Föräldraledig	Sjukskriven	Önskar egen faktura och plats
%	%	%	%	%	Ja
Arbetsgivare/skola		Telefon arbetsplats			

Eventuell sambo till Vårdnadshavare 1

Förnamn	Efternamn	Personnummer
E-postadress		Mobiltelefon

Eventuell sambo till Vårdnadshavare 2

Förnamn	Efternamn	Personnummer
E-postadress		Mobiltelefon

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Jag är medveten om min skyldighet att anmäla förändringar.

Underskrift vårdnadshavare 1	Datum
Underskrift vårdnadshavare 2/Sambo	Datum

Fyll i sidan 1 och skriv ut blanketten. Underteckna och skicka in den till:

Orsa kommun

Box 23

794 21 Orsa

Information om behandling av personuppgifter

Orsa kommun kommer att behandla dina/era personuppgifter för myndighetsutövning och andra arbetsuppgifter inom nämndens verksamhetsområde. Uppgifterna används enligt dataskyddsförordningens artikel 6.1. Uppgifterna förvaras i ett dokument- och ärendehanteringssystem/verksamhetssystem och gallras enligt gällande dokumenthanteringsplan. Uppgifterna kan komma att överföras till andra system inom kommunen samt externa myndigheter/verksamheter. För mer information om detta så kontaktar du verksamhetens dataskyddskontaktperson. Läs mer om personuppgifter och behandling av personuppgifter på www.orsa.se