

Barnets stamkort/kartotekskort

Udfyldes med BLOKBOGSTAVER

Stue/gr. (udfyldes af personalet)



Oplysninger om Barnet

Indmeldelsesdato
(udfyldes af personalet)

Indmeldelses dato

CPR nr. (dd.mm.åå-4cif)

Fornavn og mellemnavne

Efternavn

Adresse/bopæl

Post nr.

By

Land

Nationalitet/Statsborgerskab

Modersmål/2. sprog

1. kontakt tlf. nr.

2. kontakt tlf. nr.

3. kontakt tlf. nr.

Forældremyndighed
(sæt x)

Mor

Far

Fælles

Barnets køn
(sæt x)

Dreng

Pige

Oplysninger om moderen

Fornavn, mellemnavne og efternavn

Adresse/bopæl

Post nr.

By

Land

Nationalitet/Statsborgerskab

Modersmål/2. sprog

CPR nr. (dd.mm.åå-4cif)

Hjemme tlf. nr.

Mobil tlf. nr.

Arbejde/stilling

Adresse, post nr., by, land

Arbejds tlf. nr.

E-mail adressen må
bruges til nyhedsbreve
(sæt x)

Ja

Nej

Oplysninger om faderen

Fornavn, mellemnavne og efternavn

Adresse/bopæl

Post nr.

By

Land

Nationalitet/Statsborgerskab

Modersmål/2. sprog

CPR nr. (dd.mm.åå-4cif)

Hjemme tlf. nr.

Mobil tlf. nr.

Arbejde/stilling

Adresse, post nr., by, land

Arbejds tlf. nr.

E-mail adressen må
bruges til nyhedsbreve
(sæt x)

Ja

Nej

Søskende forhold

Antal
søskende

Navn, fødselsdato

Navn, fødselsdato

Navn, fødselsdato

Yderligere kontaktpersoner i tilfælde af, at forældrene ikke kan kontaktes

Navn, tilhørsforhold

Kontakt tlf. nr.

Navn, tilhørsforhold

Kontakt tlf. nr.

Oplysninger om læge, vaccinationer, m.m.

Lægens navn

Lægens adresse

Lægens tlf. nr.

Vaccine

Di-Te-Ki-Pol-Hib 1 + PCV7
(3 mdr.)

Di-Te-Ki-Pol-Hib 2 + PCV7
(5 mdr.)

Di-Te-Ki-Pol-Hib 3 + PCV7
(12 mdr.)

MFR 1 (15 mdr.)

Dato

Har barnet haft

Skoldkopper

Skarlagensfeber

Kighoste

Andet

Dato

Tåler Barnet Penicillin? (sæt X)

Ja

Nej

Har barnet allergi? (hvilke)

Særlige kosthensyn

Andet