

KONTAKTUPPGIFTER

Deltagarens namn:.....

Personnummer:.....

Uppgifter på:

Vårdnadshavare/

Kontaktperson

Adress.....

Tfn/mobil.....

Mail adress.....

Tillåts deltagaren att medverka på foto?

Ja

Nej

Tillåts deltagare att synas på Facebook,

Instagram eller andra sociala medier?

Ja

Nej

Något annat vi bör känna till? Allergi etc.....

.....

Datum.....

.....

Underskrift