



## Søskende:

Navn \_\_\_\_\_ Institution/klasse \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_ Institution/klasse \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_ Institution/klasse \_\_\_\_\_

Eventuelle bemærkninger om søskende (sygdomme, handicaps, psykisk sårbarhed mv.):

---

---

## Forældreoplysninger moderen:

Moderens fulde navn \_\_\_\_\_

Moderens Adresse \_\_\_\_\_

Vejnavn og nummer

Postnummer og by

Bopælskommune \_\_\_\_\_

Moderens telefonnummer \_\_\_\_\_

Moderens e-mail \_\_\_\_\_

Moderens arbejdssted \_\_\_\_\_

Arbejdstelefonnummer \_\_\_\_\_

Eventuelle bemærkninger

(sygdomme, handicaps, psykisk sårbarhed mv.)

## Forældreoplysninger faderen:

Faderens fulde navn

---

Faderens Adresse

---

Vejnavn og nummer

---

Postnummer og by

Bopælskommune

---

Faderens telefonnummer

---

Faderens e-mail

---

Faderens arbejdssted

---

Arbejdstelefonnummer

---

Eventuelle bemærkninger

(sygdomme, handicaps, psykisk sårbarhed mv.)

Evt. bonusforældres navn  
og telefonnummer

---

---

## Vi giver skolen tilladelse til at:

Få overdraget informationer fra barnets børnehave	Ja _____	Nej _____
Overtage elevmapper og informationer fra tidligere skole	Ja _____	Nej _____
Anvende billeder af vores barn på skolens hjemmeside	Ja _____	Nej _____
Anvende billeder af vores barn i pressen	Ja _____	Nej _____
Oplyse vores telefonnumre til forældrekræden	Ja _____	Nej _____
Vores barn må køre med personbiler efter gældende regler	Ja _____	Nej _____

## Forældremyndighed:

Begge \_\_\_\_\_ Mor \_\_\_\_\_ Far \_\_\_\_\_

## Forældreunderskrifter

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

## Skolens underskrift

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

**Kombu**  
Psykiatrifonden  
Hejrevej 43  
2400 København NV

Telefon: 39293909  
Mail: [Kombu@Psykiatrifonden.dk](mailto:Kombu@Psykiatrifonden.dk)

[www.kombu.dk](http://www.kombu.dk)