

## FAMILIEOPLYSNINGER

FARS Fornavn Efternavn	
FARS TELEFON * Cpr. nummer	Mobil: CPR.:
MORS NAVN Efternavn	
MORS TELEFON * Cpr. nummer	Mobil: CPR.:
BARNETS ADRESSE	
POSTNR./KOMMUNE	
HVEM ER BETALER	MOR: JA/NEJ – FAR: JA/NEJ –
E. MAIL ADRESSE FOR FAR	
E.MAIL ADRESSE FOR MOR	
FORÆLDRE MYNDIGHED	MOR: JA/NEJ FAR: JA/NEJ

*Med min underskrift giver jeg samtidigt mit samtykke til, at  
AHI-skolen indhenter oplysninger fra mit barns tidligere  
skole og fra PPR.*

DATO	UNDERSKRIFT

# ELEVOPLYSNINGER

FORNAVN	
EFTERNAVN	
* Cpr. nummer	
NATIONALITET/ MODERSMÅL	
ØNSKET KLASSETRIN	KLASSE- I SKOLEÅRET:
SØSKENDE PÅ SKOLEN	
TIDLIGERE SPCUNDERVISNING	
FORHOLD AF BETYDNING	
TIDLIGERE SKOLE, ELLER BØRNHAVE	
ØNSKES OPTAGET	
TIL FOTO	
OPTAGET PR.	
VENTELISTE	
UNDERSKRIFT	