

SVENSKA SKOLAN VENTURA COUNTY
AKUTKORT
ANMÄLNINGSBLANKETT SKOLÅR 2024-2025

Elevens namn: 1 _____ Födelsedatum: _____ Samordningsnummer: _____

Elev: 2 _____ Födelsedatum: _____ Samordningsnummer: _____

Elev: 3 _____ Födelsedatum: _____ Samordningsnummer: _____

Elev: 4 _____ Födelsedatum : _____ Samordningsnummer: _____

Adress: _____

_____ Tel: _____ E-post _____

Föräldrarnas namn: _____

Mammas arbetstele: _____ Pappas arbetstele: _____

Mammas Mobil: _____ Pappas Mobil: _____

Höstterminsavgiften på \$225.00 betalas in senast den 13 September 2024.

Vårterminsavgiften på \$225.00 betalas in senast den 10 Januari 2025.

Skriv ut checken till Svenska Skolan Ventura County, innan dessa datum för att undvika en extra avgift på \$ 20.00.

Om ditt barn blir sjukt eller skadas och ni föräldrar inte kan nås, vem ska vi då kontakta?

Namn: _____ Tel: _____

Namn: _____ Tel: _____

Sjukförsäkringens namn och nummer: _____

Elevens läkare: _____ Tel: _____

Läkarens adress: _____

Tandläkare: _____ Tel: _____

Ev. Allergier _____

Authorization to Consent to Treatment of Minor:

I / We, the parent/s of _____ hereby authorize the Swedish School teachers or representative to make any medical decisions on my / our behalf in an emergency.

Signed: _____ Date: _____