



KARLSTADS KOMMUN

KARLSTADS-HAMMARÖ GYMNASIEFÖRVALTNING

Anmälan om vegankost

Elevens namn	Personnummer
Skolans namn	Utbildning och klass

Elevens underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Vårdnadshavares underskrift (Fylls i endast om eleven är omyndig.)

Förnamn	Efternamn
Telefonnummer	
Datum	Namnteckning

Mottagits av skolsköterska

Datum	Signatur
-------	----------

Mottagits av skolköket

Datum	Signatur
-------	----------