

Hälsokort Drottningstadens scoutkår

Var god texta tydligt!

Scoutens uppgifter			
Namn		Avdelning	
Adress			
Postnummer		Ort	
Personnummer	-	Stelkrampsvaccinerad år	
Ev. mobilnummer		Ev. mailadress	

Matallergi	
Allergier, sjukdomar, mediciner	
Jag önskar hjälp med (t.ex. medicinering)	
Övriga upplysningar (t.ex. fobier, hemlängtan, dyslexi)	

Simkunnig (200 m)	Ja	Nej
--------------------------	----	-----

Förmyndares uppgifter			
Namn		Namn	
Relation till scouten		Relation till scouten	
Telefon 1		Telefon 1	
Telefon 2		Telefon 2	
E-post		E-post	
Adress		Adress	

Medlemsregistrering (endast om man inte är medlem sedan tidigare)

<input type="checkbox"/> Jag vill bli medlem i Drottningstadens scoutkår	<input type="checkbox"/> Jag har läst det medföljande brevet
--	--

Underskrift (*målsman skriver för omyndig*):

Inlämnat den _____

