

Etternavn:	Fornavn:	Fullt personnummer(fødselsdato + fem siffer)
Adresse:		Postnummer/-sted:
Krets:	Gruppe:	Patrolje:

Navn/Relasjon:	Telefon:	Mobil:
Adresse, postnummer/-sted:		
Navn/Relasjon:	Telefon:	Mobil:
Adresse, postnummer/-sted:		

Stivkrampevaksinert (sett ring):	Ja	Nei	Hvis ja, når: _____ (måned/år)
Allergier: Ja Nei	Allergien arter seg som (høysnue, astma, osv):		
Andre sykdommer: Ja Nei	Andre opplysninger:		
Bruker følgende medisiner:	Ikke reseptbelagte medisiner: (sett ring)		
		Det er / er ikke greit at turens ledere og gir mitt barn ikke-reseptbelagte medisiner ved behov.	

E-postadresse til foreldre/foresatte: \_\_\_\_\_

Signatur til foreldre/foresatte: \_\_\_\_\_