

SVENSKA SKOLAN I SURREY – Medlemsformulär

ELEV

Förnamn:

Efternamn:

Födelsedatum: _____ Kön:

Adress:

Stad: _____ Postnr:

Sjukdom/allergi eller annat vi behöver känna till:

MÅLSMAN

Förnamn:

Efternamn:

Telefon: _____ Alt telefon:

Email:

Jag har läst och förstått villkoren för medlemskap i Svenska Skolan i Surrey.

Jag undertecknar för min familj:

Underskrift.....

Namnförtydligande

Ort och Datum.....