



Oslo

REGISTRERINGSSKJEMA

for Sykehuskolen i Oslo

Avdeling: _____

Registrert av: _____ Kontaktlærer Sykehuskolen: _____

(Bruk blokkbokstaver)

Elevens navn:	_____	Fødselsnummer (11 siffer):	_____
Skole:	_____		
Kontaktlærer:	_____	Trinn:	_____
Skolens adresse:	_____		
Postnr/Sted:	_____		
Kommune:	_____		

Foresatt navn:	_____	Foresatt navn:	_____
Foresatte tlf:	_____	Foresatte tlf:	_____
Foresatte adresse:	_____		
Postnr/Sted:	_____	Postnr/Sted:	_____

Jeg/vi gir herved tillatelse til:	Sett kryss
- at Sykehuskolens lærere kan kontakte bostedsskolen	<input type="checkbox"/>
- at Sykehuskolen kan ta bilder av vårt barn	<input type="checkbox"/>
- at Sykehuskolen kan publisere bilder av vårt barn (uten navn) på skoleavdelingen og på skolens hjemmeside	<input type="checkbox"/>
-at Sykehuskolen kan publisere vårt barns elevarbeid (uten navn) på skoleavdelingen og på skolens hjemmeside	<input type="checkbox"/>
-at Sykehuskolen kan opprette en midlertidig digital bruker til å benytte opplæringsressurser gjennom FEIDE pålogging	<input type="checkbox"/>

Oslo den _____

Foresattes underskrift _____



Oslo

Dato	Undervisning/Merknader	Sign.