

Vårdnadshavare 1 avser

För- och efternamn		Mobiltelefon
Arbetsgivare/skola		Telefon dagtid
Beräknad restid, enkel väg till arbetsplatsen/skola (ange min/dag)		
<input type="checkbox"/> Arbetssökande	<input type="checkbox"/> Föräldraledig	<input type="checkbox"/> Sjukskriven

Vårdnadshavare 2 avser

För- och efternamn		Mobiltelefon
Arbetsgivare/skola		Telefon dagtid
Beräknad restid, enkel väg till arbetsplatsen/skola (ange min/dag)		
<input type="checkbox"/> Arbetssökande	<input type="checkbox"/> Föräldraledig	<input type="checkbox"/> Sjukskriven

Vårdnadshavare arbetstid/studietid
Vårdnadshavare arbetstid/studietid

Dag	Fr o m kl.	T o m kl.	Dag	Fr o m kl.	T o m kl.
Måndag			Måndag		
Tisdag			Tisdag		
Onsdag			Onsdag		
Torsdag			Torsdag		
Fredag			Fredag		

Vid oregelbunden arbetstid (Ange vårdnadshavarens namn: _____)

Vecka (ange veckonr)	Fr om kl	Tom kl	Fr om kl	Tom kl	Fr om kl	Tom kl	Fr om kl	Tom kl	Fr om kl	Tom kl
Dag										
Måndag		-		-		-		-		-
Tisdag		-		-		-		-		-
Onsdag		-		-		-		-		-
Torsdag		-		-		-		-		-
Fredag		-		-		-		-		-

Underskrift

Ort och datum	
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2