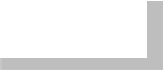
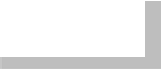
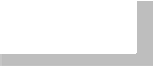
**Informationsblanket for medlemmer til Klubben i Thomas P. Hejles Ungdomshus**



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Barnets** navn: | | | Cpr.nr.: | |
| Adresse: | | | | |
| Post nr: | Postdistrikt: | | | |
| Ovenstående adresse er hos (sæt kryds) Begge: Mor: Far: | | | | |
| Skole: | | | | klasse: (ved klubstart) |
| **Forældremyndighed:** Sæt X  **FÆLLES: MOR: FAR:** | | | | |
| **Moderens** navn: | | | Cpr nr: | |
| Telefon arbejde: | | | | |
| Mobiltelefon: | | | | |
|  | | | | |
| **Faderens** navn: | | | Cpr nr: | |
| Telefon arbejde: | | | | |
| Mobiltelefon: | | | | |
| **Tilladelser** (Undertegnede giver hermed mit barn tilladelse til at deltage i nedenstående) SÆT KRYDS I BOKS | | | | |
| Tilladelse til klatrevægge  (Voksen styret aktivitet med uddannet personale) | | Bade- og vandaktiviteter med uddannet personale (Svømmetilladelse) | | |
| Foto/video  (Hjemmeside, Sociale medier, Instagram, Snapchat, Facebook, Youtube og Vimeo) | | Billede/video produktion (Materiale af dit barn må udleveres til alle deltagende i  projektet) | | |

Særlige forhold og hensyn til dit barn. Det er vigtigt, at klubben bliver informeret hvis dit barn har en diagnose, eller bruger medicin således vi kan handle hensigtsmæssigt derefter.



|  |
| --- |
| Beskrive evt. forhold: |
| Medicin der **skal** gives: |
| Medicin der **ikke** må gives: |

FORÆLDRE/VÆRGE UNDERSKRIFT + DATO