



ÅGRENSKA

ANSÖKAN TILL VUXENVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

| Diagnos | Datum | Vecka | År | Sista ansökningsdag |
|---------|-------|-------|----|---------------------|
| | | | | |

| Personuppgifter | | | | | | |
|-------------------------|-------------|-----------------|----------------|----------------|-------------|---------|
| Förnamn | År | | | | | |
| Efternamn | | | | | | |
| Adress | | | | | | |
| Postnr | Ort | | | | | |
| Mobil | Tel bostad | | | | | |
| E-post adress | | | | | | |
| Län | | | | | | |
| Kost/Allergi | Normal kost | Vegetarisk kost | Glutenfri kost | Laktosfri kost | Specialkost | Allergi |
| Specificera specialkost | | | | | | |
| Allergi | | | | | | |

| Kontaktperson/anhörig | |
|-----------------------|--------------|
| Förnamn | Efternamn |
| Telnr | E-postadress |

Anländer till Göteborg med Bil Tåg Flyg

Övrig information: _____

Genom att lämna uppgifter om din person godkänner du att Ågrenska registrerar dina uppgifter i vårt administrativa system. Vi använder uppgifterna i våra interna register, för uppföljning och för att skicka information om våra verksamheter. Vid angelägna frågor kan kontaktpersonerna komma kontaktas. Därutöver lämnar vi inte ut uppgifterna till annan person eller verksamhet.

Du har möjlighet att få tillgång till de uppgifter vi registrerar om dig, få dem rättade, få dem raderade och få dem flyttade.

Sänd ansökan till: Ågrenska, Box 2058, 436 02 Hovås