



ÅGRENSKA

ANSÖKAN TILL VUXENVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

Diagnos

Datum

--	--

Personuppgifter			
Förnamn	Född år	Mån	Dag
Efternamn			
Adress			
Postnr	Ort		
Mobil	Tel bostad		
E-post adress			
Län			
Kost/Allergi <input type="checkbox"/> Normal kost <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost <input type="checkbox"/> 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