

# Flyttebevis

Østervangskolen  
Hammelvej 9  
8370 Hadsten

Tlf. 8964 4600

[ostervangskolen@hadsten.dk](mailto:ostervangskolen@hadsten.dk)

Klasse:		
Fornavn		Efternavn
Adresse		Personnr.
Hjemmets telefon		Email
Hjemmets læge – navn		
Faderens navn	Arb. tlf.	Mobil
Adresse		Email
Moderens navn	Arb. tlf.	Mobil
Adresse		Email
Opstartsdato		

Vi giver tilladelse til at skolen indhenter relevante oplysninger fra vores barns tidligere skole (elevplan, PPR-papir, udtalelser, beskrivelser m.m.).

Dato: \_\_\_\_\_

Forældreunderskrift: \_\_\_\_\_

Ifølge Forvaltningsloven skal forældre give skriftlig tilladelse til, at vi indhenter barnets helbreds-kort fra skolesundhedsplejersken ved den tidligere skole.

Nedenstående bedes derfor udfyldt.

Tidligere skole: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Forældreunderskrift: \_\_\_\_\_