



Brønnøy kommune
Oppvekst
Rådhuset
8905 Brønnøysund

SKADEMELDINGSSKJEMA.

Fødselsnummer: _____
(11 siffer)

Elevens navn: _____

Folkeregistrert adresse: _____

Er eleven Norsk statsborger: _____ (ja eller nei)

Postnr: _____ Poststed: _____ Tlf: _____

Skole: _____ Trinn: _____ Skoleår: _____

Når skjedde skaden (dato og klokkeslett): _____

Hvor skjedde skaden: _____

Når var eleven hos lege/tannlege: _____

Vitne/Vitner til hendelsen (Navn, stilling og telefonnummer):

Hendelsesforløp (Husk å få med nøyaktig hva som er skadet – eks. hvilken tann, finger, høyre eller vestre arm/fot osv.):

Skjema sendes per epost til
miriam.ronning@bronnøy.kommune.no