

INTRESSEANMÄLAN

HAPARANDA STAD  
Individ- och familjeomsorgen

**INTRESSE SOM:**

<input type="checkbox"/> Familjehem	<input type="checkbox"/> Barn/ungdom	<input type="checkbox"/> Kvinna
	<input type="checkbox"/> Vuxen	<input type="checkbox"/> Man

<input type="checkbox"/> Kontaktfamilj	<input type="checkbox"/> Barn/ungdom	<input type="checkbox"/> Kvinna
	<input type="checkbox"/> Vuxen	<input type="checkbox"/> Man

<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Barn/ungdom	<input type="checkbox"/> Kvinna
	<input type="checkbox"/> Vuxen	<input type="checkbox"/> Man

**KVINNAN**

Namn	Persnr:
Yrke/sysselsättning	Telefon
Utdelningsadress	
Postnummer/ort:	Telefon/mobil

**MANNEN**

Namn	Persnr:
Yrke/sysselsättning	Telefon:
Utdelningsadress	
Postnummer/ort:	Telefon/mobil

## FAMILJEFÖRHÅLLANDEN

<input type="checkbox"/> Gifta	<input type="checkbox"/> Sammanboende	<input type="checkbox"/> Ensamstående
Egna barn:	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nej	
Födelseår:	<input type="checkbox"/> Pojke /st	
	<input type="checkbox"/> Flicka /st	

## ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Blanketten skickas till  
HAPARANDA STAD  
Individ- och familjeomsorgen  
953 85 HAPARANDA