



STRAND KOMMUNE

## Barneverntjenesten

### Registreringsskjema for STØTTEKONTAKT

**Dato:** \_\_\_\_\_  
**Navn:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**F.nr:** \_\_\_\_\_ **Tlf:** \_\_\_\_\_

**Sivilstand:** \_\_\_\_\_  
**Barn (alder):** \_\_\_\_\_  
**Yrke/ studie:** \_\_\_\_\_  
**Arbeidssted:** \_\_\_\_\_  
**Tlf. arbeid:** \_\_\_\_\_

**Interesser/ hobby:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tidligere erfaring med liknende arbeid:

**Ønske ang. klienten** (f.eks alder, kjønn?): \_\_\_\_\_

Har du mulighet til å binde deg minst 1 år?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
---	----	--------------------------	-----	--------------------------

Eventuelt andre opplysninger: