



HÖGANÄS KOMMUN
SOCIALFÖRVALTNINGEN

STÖDFAMILJ LSS RAPPORTERING ÖVERNATTNINGAR

BRUKARENS

NAMN.....

STÖDFAMILJENS

NAMN.....

PERSONNUMMER.....

ADRESS.....

TELEFONNUMMER.....

ÖVERNATTNINGAR

Ankom Datum och tid	Lämnade Datum och tid	Anmärkning

Underskrift.....

Blanketten inkommen senast den 5:e till:
Höganäs kommun, Stadshuset
LSS Enheten
263 82 Höganäs