



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 Nei

Eventuelt andre opplysninger: