

Koulun edustaja (usein opettaja) täyttää lomakkeen ja toimittaa koulusihteerille!

Koulu Jynkänlahden koulu	
Oppilas/opiskelija	Syntymäaika
Tapaturman tiedot	
Tapaturman sattumisaika ja paikka:	
Vammautunut ruumiinosa:	
Vahinkokuvaus:	
Vakuutuksen tiedot: Vapaaehtoinen ryhmätapaturmavakuutus OP Vakuutus Oy 16-512-824-4 Vakuutuksen ottajan tiedot: Kuopion kaupunki, Y-tunnus 0171450-7	

Kuopiossa ____ / ____ 20 ____

_____ Koulun edustajan allekirjoitus

Tämä selvitys liitetään laskuun.

Laskutusosoite:

Kuopion kaupunki
Kasvun ja oppimisen palvelualue
Jynkänlahden koulu
PL 3016
70090 MONETRA