

Den underåriges personuppgifter

Personnummer	Efternamn	Samtliga förnamn	Tilltalsnamn
--------------	-----------	------------------	--------------

Skäl för ansökan

--

Vårdnadshavare ger ej medgivande

Efternamn	Samtliga förnamn	Tilltalsnamn
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Telefon (Mobil)	E-postadress

Legitimation		
Datum	Ort	Vårdnadshavares namnteckning
Namnförtydligande		

**Denna ansökan ska lämnas in på passexpeditionen av vårdnadshavaren.
Vårdnadshavaren ska kunna legitimera sig.**