

**MÅNADSRAPPORT KONTAKTPERSON**

NAMN: \_\_\_\_\_

PERSONNR: \_\_\_\_\_

ÅR: \_\_\_\_\_

MÅNAD: \_\_\_\_\_

BRUKARE: \_\_\_\_\_

**AKTIVITETER/KONTAKTER**

DATUM	AKTIVITET/KONTAKT

Fyll i när ni haft kontakt under månaden och vilken aktivitet det gäller.

**Blanketten skickas till:**

Gislaveds Kommun  
Elisabeth Andersson  
Funktionshinderverksamheten  
332 80 Gislaved  
Tel. 0371-815 88, 076-8481588

eller

Via epost: [Elisabeth.Andersson2@gislaved.se](mailto:Elisabeth.Andersson2@gislaved.se)