

Ansökan om förskoleplats



Plats önskas fr.o.m

Barn (tilltalsnamnet understruket)

Personnummer

Vårdnadshavare

Vårdnadshavarens namn

Personnummer

Adress/postnummer

Telefonnummer hem

Mailadress

Mobilnummer

Arbetsgivare/Skola

Telefonnummer arbete

Vårdnadshavarens namn

Personnummer

Adress/postnummer

Telefonnummer hem

Mailadress

Mobilnummer

Arbetsgivare/skola

Telefonnummer arbete

Önskemål om vistelsetid: Heltid Arbetslös Föräldraledig

Vårdnad: Gemensam Ensam

Civilstånd: Gift/Sambo Ensamstående

Vistelsetid på Förskolan (Klockslag):

Övriga upplysningar:

Vi intygar att uppgifterna är riktiga

Ort och datum

Vårdnadshavarens underskrift

Ort och datum

Vårdnadshavarens underskrift

(Vid gemensam vårdnad behövs båda vårdnadshavarnas underskrifter)

Skicka ansökan till: Förskolan Drakägget, Skravsättsvägen 7, 865 51 Ankarsvik