



ANMÄLAN till FÖRSKOLA

Barnet placeras i kö efter anmälan's ankomstdatum. En blankett per barn.

Centrum

Vessigebro

Skrea

Skogstorp

Barnets för- och efternamn		Personnummer (10 siffror)	
Modersmål om annat än svenska		Allergi, vilken?	
Funktionshinder, vilket?			
Placering önskas fr.o.m.		Antal timmar/vecka ca	
Syskon med placering på någon av Stiftelsens enheter			
Namn	Personnummer	Förskola	
Namn	Personnummer	Förskola	

Vårdnadshavarens namn		Vårdnadshavarens namn	
Personnummer (10 siffror)		Personnummer (10 siffror)	
Adress		Adress	
Postnummer och ort		Postnummer och ort	
Telefon, hem	Mobiltelefon	Telefon, hem	Mobiltelefon
E-post		E-post	
Arbetsgivare/skola	Telefon, arbete	Arbetsgivare/skola	Telefon, arbete
Arbetssökande <input type="checkbox"/>	Föräldraledig <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>	Föräldraledig <input type="checkbox"/>
Make/sambo		Make/sambo	
Personnummer (10 siffror)		Personnummer (10 siffror)	
Arbetsgivare/skola	Telefon, arbete	Arbetsgivare/skola	Telefon, arbete
E-post		E-post	
Arbetssökande <input type="checkbox"/>	Föräldraledig <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>	Föräldraledig <input type="checkbox"/>

Underskrift

Ort och datum	
Namnsteckning (vårdnadshavare)	Namnsteckning (vårdnadshavare)
Namnförtydligande	Namnförtydligande