

Ansökan om placering i förskoleverksamhet

Barnets namn	Personnummer, 10 siffror
Gatuadress/Postadress	
Mor/Maka/Sambo/Partner, namn	Personnummer, 10 siffror
Vårdnadshavare för barnet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress
Arbetsgivare/Skola	Mobilnummer
Far/Make/Sambo/Partner, namn	Personnummer, 10 siffror
Vårdnadshavare för barnet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress
Arbetsgivare/Skola	Mobilnummer
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Reg. partnerskap <input type="checkbox"/> Annat	

Önskat inskolningsdatum	Önskad vistelsetid per vecka
-------------------------	------------------------------

Modersmål

Språk:

Gemensam vårdnad

Vårdnadshavare som ej har samma folkbokföringsadress som barnet

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Mobilnummer	E-postadress

Namnteckning (namnteckning av båda vårdnadshavare)

Datum	Datum
Vårdnadshavare, namnteckning	Vårdnadshavare, namnteckning