

Anmälningsskema till Förskolan Änglagård

Barn

Personnummer	Efternamn	Förnamn	
Personnummer	Efternamn	Förnamn	
Adress		Postadress	

Sökande / Medsökande

Sökandes personnummer	Sökandes namn
-----------------------	---------------

Vårdnadshavare för barnet

JA NEJ

E-mail	Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
--------	----------------	----------------	---------------

Medsökandes personnummer	Medsökares namn
--------------------------	-----------------

Vårdnadshavare för barnet

JA NEJ

E-mail	Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
--------	----------------	----------------	---------------

Fylls i vid gemensam vårdnad när vårdnadshavare ej har samma folkbokföringsadress som barnet

Personnummer	Namn
--------------	------

Adress	Postadress
--------	------------

E-mail	Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
--------	----------------	----------------	---------------

Önskat start datum

--

Ungefärlig vistelsetid

--

Något speciellt vi bör veta om ert/era barn?

--

Vid gemensam vårdnad skall ansökan vara undertecknad av båda vårdnadshavarna

Sökandes namnteckning och datum	Medsökandes namnteckning och datum

Skickas till:

Änglagårdsförskola
 c/o Annika J Nurminen
 Vångavägen 24A
 241 32 Esiöv