

Ansökan om förskoleplats på Förskolan Klippan

| | | |
|-------------------------------------|-------------|-------------------|
| Barnets efternamn och tilltalsnamn: | | Personnummer: |
| Gatuadress: | | Telefon bostaden: |
| Postnummer: | Postadress: | |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Vårdnadshavarens efternamn och tilltalsnamn: | | Personnummer: |
| Mejladress: | | Telefon dagtid: |
| Vårdnadshavarens efternamn och tilltalsnamn: | | Personnummer: |
| Mejladress: | | Telefon dagtid: |
| Civilstånd: | <input type="checkbox"/> Gifta/Sambo | <input type="checkbox"/> Ensamstående |
| Talas annat språk än svenska i hemmet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej Ange vilket: |

| |
|--|
| Placering önskas fr.o.m.: _____ (2 veckors inskolning inräknat) |
| Omsorgsbehov: _____ timmar per vecka <input type="checkbox"/> Arbetsökande/föräldraledig |

| |
|---------------------------------------|
| Övriga upplysningar (t.ex. allergier) |
| |
| |

Vi intygar att uppgifterna är riktiga:

Ort och datum

Vårdnadshavares underskrift

Ort och datum

Vårdnadshavares underskrift

Blanketten skickas in/lämnas in till Klippan.