



SKÄRSTAD
Grännavägen 130 561 91 Huskvarna
Tel. 036-535 30 Fax 036-531 71

INKOM _____

ANMÄLAN TILL BARNOMSORG PÅ LYCKANS FÖRSKOLA

Barnet

| | | | |
|-------------------------|-------------|----------------|--|
| EFTERNAMN, TILLTALSNAMN | | PERSONNUMMER | |
| GATUADDRESS | | BOSTADSTELEFON | |
| POSTNUMMER | POSTADDRESS | | |

Moder/Maka/Sambo

| | |
|-------------------------|-----------------|
| EFTERNAMN, TILLTALSNAMN | |
| ARBETSPLATS | TELEFON ARBETET |

Fader/Make/Sambo

| | |
|-------------------------|-----------------|
| EFTERNAMN, TILLTALSNAMN | |
| ARBETSPLATS | TELEFON ARBETET |

Övriga barn i familjen

| EFTERNAMN, TILLTALSNAMN | PERSONNUMMER |
|-------------------------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Omsorgsbehov <15 tim >15-21 tim >21-27 tim >27-33 tim
 >33-39 tim >39-45 tim >45- tim

Placering önskas fr.o.m. _____

Övriga upplysningar (allergier etc)

RIKTIGHETEN AV OVAN ANGIVNA UPPGIFTER INTYGAS

Datum Underskrift av vårdnadshavare
