



SMUlan
Missionskyrkan Kaxholmen
561 92 HUSKVARNA
Tel. 036-50656
Fax. 036-51236

INKOM _____

ANMÄLAN TILL BARNOMSORG PÅ SMUlan

BARNET

OBS! EN BLANKETT PER BARN

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. _____

ÖVRIGT, ALLERGI ETC.

RIKTIGHETEN AV OVAN ANGIVNA UPPGIFTER INTYGAS: ____ / ____ 19 ____

VÅRDNADSHAVARENS UNDERSKRIFT