



KÖANMÄLAN

När önskas placering: _____

**ANMÄLAN MOTTAGES TIDIGAST 6 MÅNADER
FÖRE AKTUELLT BEHOV.**

Obs! 1 BLANKETT FÖR VARJE BARN

Barnets namn:

Pers.nr:

Målsmans för- & efternamn:

Pers.nr:

Adress:

Tel nr:

Mobil.nr:

Arbetsplats:

Tel.arb:

Make/maka/sammanbode, för- & efternamn:

Pers.nr:

Arbetsplats:

Tel. arb::

Syskon i familjen som har eller önskar barnomsorg:

Namn:

Pers.nr:

Namn:

Pers.nr:

Placerings behov:(Sätt kryss för önskat behov)

0-15 tim/vecka

Mer än 15tim/vecka:

Ange om möjligt genomsnittstid:

Övriga upplysningar (sjukdomar, allergier, talas annat språk än svenska i hemmet mm)

Anmälarens underskrift:
