

Ansökningsblankett enskild förskola Skogsgläntan

Härmed ställer vi vårt/våra barn i kö hos förskolan Skogsgläntan

Förälders namn _____

Barnet/barnens namn _____

Barnen/barnets Personnummer _____

Plats önskas från och med _____

Kryssa i vilken plats ni önskar:

Vi ansöker om en plats för arbete/studier

Vi ansöker om en 15 timmarsplats och / eller Allmän förskoleplats (Gratis from hösten
det år barnet fyller 3 år)

Syskon placerade i annan förskola/ fritidshem Ja Nej

Vid JA ange barnets/barnens

För och efternamn

personnummer:

För och efternamn

personnummer:

Underskrift föräldrar:

Namnförtydligande _____

Adress och telefonnummer till vårdnadshavare

Fylles i av förskolan:

Datum då ansökan inkom till förskolan Skogsgläntan

Blanketten skickas till:

Förskolan Skogsgläntan Lasarettsgatan 8 682 34 Filipstad

Telefon 0590-102 20