



Anmälningssblankett för placering av barn på Pilgårdens förskola

Läs blanketten noga innan anmälan fylls i.
OBS En blankett per barn

Barnets fullständiga namn	<input type="text"/>		
Personnr (10 siffror)	<input type="text"/>	Bostadstelefon	<input type="text"/>
Gatuadress	<input type="text"/>		
Postnr	<input type="text"/>	Postadress	<input type="text"/>
Vårdnadshavare 1	<input type="text"/>	Personnr (10 siffror)	<input type="text"/>
Arbetsgivare/ Läroanstalt	<input type="text"/>	Tel.nr arbete ankn	<input type="text"/>
Vårdnadshavare 2	<input type="text"/>	Personnr (10 siffror)	<input type="text"/>
Arbetsgivare/ Läroanstalt	<input type="text"/>	Tel.nr arbete ankn	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gifta/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående	<input type="checkbox"/> Växelvis boende	
Övriga barn placerade inom förskole/skolbarnomsorgen			
Namn och personnr (10 siffror)	<input type="text"/>		
Namn och personnr (10 siffror)	<input type="text"/>		
Namn och personnr (10 siffror)	<input type="text"/>		
Modersmål barn	<input type="text"/>		
Modersmål vårdnadshavare 1	<input type="text"/>		
Modersmål vårdnadshavare 2	<input type="text"/>		
Funktionshinder/sjukdom	<input type="text"/>		
Allergi	<input type="text"/>		
Önskemål: Omfattning ca antal timmar	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Obestämd	<input type="checkbox"/> Vet ej
Placering önskas fr o m	<input type="text"/>	Med anledning av:	<input type="checkbox"/> Arbete/studier <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Arbetssökande
Folkbokförd i annan kommun	<input type="text"/>		
Datum:	Vårdnadshavare 1 namnteckning	Vårdnadshavare 2 namnteckning	
<hr/>			