

SOLVEIGS FÖRSKOLOR AB

Ansökan till förskoleverksamhet

Ansökan avser följande område/stadsdel

Plats önskas, från och med, datum

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| Barnets namn | | Personnummer |
| Gatuadress | | Telefon bostad |
| Postadress | E-mail adress | |

| | |
|------------------------------|----------------------|
| Förälders namn | Personnummer |
| Arbetsgivare/skola | Telefon arbete/skola |
| Förälders/sammanboendes namn | Personnummer |
| Arbetsgivare/skola | Telefon arbete/skola |

Omfattning/vistelsetid

Plats önskas, från och med, datum

Övrig information, t.ex. allergier, funktionshinder, special kost, annat modersmål mm

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Underskrift

| | | |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|
| Datum | Vårdnadshavarens namnteckning | Vårdnadshavarens namnteckning |
|-------|-------------------------------|-------------------------------|

Er ansökan kommer att bekräftas.

Vid eventuella frågor kontakta Solveig Herrmann tel: 0760-15 15 65

Ifylld blankett skickas till:

Solveigs Förskolor AB, Platågatan 4B, 416 64 Göteborg