



Luftballongens
förskola

Luftballongens förskola | 072 529 88 98

forskolanluftballongen@gmail.com

www.luftballongensforskola.se

Förlösavägen 56 | 393 65 | Kalmar

Ansökan om placering i förskoleverksamhet

Barnets namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon bostad:
Mor/Maka/Sambo/Partner, namn:	Personnummer:
Vårdnadshavare för barnet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress:
Arbetsgivare/Skola:	Mobil:
Far/Make/Sambo/Partner, namn:	Personnummer:
Vårdnadshavare för barnet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress:
Arbetsgivare/Skola:	Mobil:
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Reg. partnerskap <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>	

Önskat inskolningsdatum:	Vistelseid per vecka i antal tim:
--------------------------	-----------------------------------

Modersmål språk:	OBS: Ni finns kvar i vårt system i två år från önskat inskolningsdatum, efter det krävs ny ansökan.
------------------	---

Vårdnadshavare med gemensam vårdnad som ej har samma folkbokföringsadress som barnet

Namn:	Personnummer:	
Adress:	Postadress:	
Mobil:	E-postadress:	Telefon arbete

Namnteckning av båda vårdnadshavarna

Ort och datum:	Ort och datum:
Vårdnadshavare, namnteckning:	Vårdnadshavare, namnteckning: