



Ansökan till Villervalla förskola

Barnets namn: _____

Personnummer: _____

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare

Namn: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Postnummer: _____

Ort: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Epost: _____

Epost: _____

Vi önskar att skola in från och med (en veckas inskolning): _____

Beräknat antal timmar/ vecka: _____

(Barnets vistelsetid regleras av vårdnadshavarnas arbetstid/studietid + restid. Barn till föräldralediga och arbetslösa går 15h/vecka)

Övriga upplysningar som förskolan behöver veta (till exempel allergener eller specialkost):

Vårdnadshavares underskrift:

Ort och datum: _____

Ort och datum: _____

Namn: _____

Namn: _____