

SOLVEIGS FÖRSKOLOR AB

Platågatan 4B

416 59 Göteborg Tel. 0760-15 15 65

www.solveigsforskolor.se

SOLVEIGS FÖRSKOLOR AB

Avtal om plats på förskola

Barnets namn		Barnets personnummer
Förskola		
Vårdnadshavare 1	Telefon arbete/skola (inkl riktnr)	Mobiltelefon

Vårdnadshavare 2	Telefon arbete/skola (inkl riktnr)	Mobiltelefon
------------------	------------------------------------	--------------

Omsorgsbehov

Antal timmar per vecka	Antal timmar per vecka i snitt*
------------------------	---------------------------------

*Antal timmar per vecka i snitt används då vårdnadshavaren har ett rullande schema.

Underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning vårdnadshavare 1	Namnteckning vårdnadshavare 2
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga samt att jag tagit del av information om förskolans riktlinjer.

Barnet är placerat på förskolan fr.o.m.(fylls i av Solveigs Förskolor AB)	
Förskolans representant	Namnförtydligande