

# 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 Mia Carlbrand tel: 0723-25 25 75

Ifylld blankett skickas till:

**Solveigs Förskolor AB, Att; Mia Carlbrand, Räntmästaregatan 7, 416 58 Göteborg**