

SOLVEIGS FÖRSKOLOR AB

Ansökan till förskoleverksamhet

Ansökan avser följande område/stadsdel

Plats önskas, från och med, datum

Barnets namn	Födelsedatum
Gatuadress	Telefon bostad
Postadress	E-mail adress

Vårdnadshavarens namn	Födelsedatum
Arbetsgivare/skola	Telefon arbete/skola
Vårdnadshavarens/sammanboendes namn	Födelsedatum
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