



Förskolan Laxen

Ifylld blankett skickas till:

Förskolan Laxen

Televägen 4, BOX 125

311 51 Ätran

Ansökan om förskoleplats

Söker plats från datum:

Barnets namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer:

Förälder namn:

Personnummer:

Mobilnummer:

Arbetsgivare:

Telefon arbete:

Förälder namn:

Personnummer:

Mobilnummer:

Arbetsgivare:

Telefon arbete:

Omfattning/ vecka: ____ ←15tim ____20-35tim ____35 →tim

Föräldrarnas arbetstider:

Övrig information:

Vi samtycker till att våra personuppgifter sparas hos Förskolan Laxen.

Ort och datum

Underskrift förälder: