



Luftballongens
förskola

Luftballongens förskola | 072 529 88 98

forskolanluftballongen@gmail.com

www.luftballongensforskola.se

Förlösavägen 56 | 393 65 | Kalmar

Ansökan om placering i förskoleverksamhet

Barnets namn:	Personnummer:
Adress:	
Mor/Maka/Sambo/Partner, namn:	Personnummer:
Vårdnadshavare för barnet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress:
Arbetsgivare/Skola:	
Far/Make/Sambo/Partner, namn:	Personnummer:
Vårdnadshavare för barnet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	E-postadress:
Arbetsgivare/Skola:	Mobil:
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Reg. partnerskap <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>	

Önskat inskolningsdatum:	Vistelsetid antal tim/vecka:	Modersmål språk:
--------------------------	------------------------------	------------------

Vänligen skicka med **i fyllt schemablankett** i samband med ansökan.

OBS: Ni finns kvar i vårt system i **två år** från önskat inskolningsdatum, efter det krävs ny ansökan.

Vårdnadshavare med gemensam vårdnad som ej har samma folkbokföringsadress som barnet

Namn:	Personnummer:	
Adress:		
Mobil:	E-postadress:	Telefon arbete

Namnteckning av båda vårdnadshavarna

Ort och datum:	Ort och datum:
Namnteckning:	Namnteckning: