ANSÖKAN TILL FÖRÄLDRAKOOPERATIVET UGGLANS FÖRSKOLA

BARNET/BARNEN:

Personnummer:	För- och efternamn:
Bostadsadress:	Postnummer, postadress:
Telefon bostaden:	Talas annat språk än svenska i hemmet, ange vilket:

VÅRDNADSHAVARE 1: (räkningsmottagare) **VÅRDNADSHAVARE 2:**

Personnummer:	Personnummer:
För- och efternamn:	För- och efternamn:
Adress:	Adress (om annan än barnets):
Postnr, ort:	Postnr, ort:
E-postadress:	E-postadress:
Arbete, studie, arbetssökande, föräldraledig, övrigt. **Ange %**:	Arbete, studie, arbetssökande, föräldraledig, övrigt. **Ange %**:
Arbetsplats/skola/övrigt:	Arbetsplats/skola/övrigt:
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
Telefon dagtid/arbete:	Telefon dagtid/arbete:

SYSKON INOM BARNOMSORGEN:

Ja, Placering:	Nej:

ÖNSKAT DATUM FÖR PLATS PÅ UGGLANS FÖRSKOLA:

År-månad-dag:

ÖVRIGT:

Övriga upplysningar (som är bra att veta om barnet ex kost, allergi, särskilda rättigheter)

UNDERSKRIFT/NAMNTECKNING:

Ort och datum:	Vårdnadshavare:
Ort och datum:	Vårdnadshavare: