

Ansökan om plats på
Föräldrakooperativet Bikupan

Telefon: 0760 91 51 35
E-post: info@ljugarnsforskola.se

Personuppgifter

Barnets för- och efternamn			Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ortnamn	Tfn bostaden

Vårdnadshavare/sammanboende

Vårdnadshavare för- och efternamn			Personnummer
Arbetsgivare/skola	<input type="checkbox"/> Arbetssökande	E-post	Tfn arbetet
Vårdnadshavare för- och efternamn			Personnummer
Arbetsgivare/skola	<input type="checkbox"/> Arbetssökande	E-post	Tfn arbetet
Får barnet vara med på bild i förskoleappen Tyra <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Barnets vårdnadshavare <input type="checkbox"/> enskild vårdnad <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad	
Vårdnadshavare om annan än sökanden, ange namn		Adress	Tfn
Syskonförtur, har barnet syskon på förskolan <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange namn:			

Tillsynsbehov

Schema, genomsnittligt tillsynsbehov _____ timmar per vecka

måndag	kl	- kl		
tisdag	kl	- kl	torsdag	kl - kl
onsdag	kl	- kl	fredag	kl - kl

Hälsotillstånd

Har barnet behov av särskild kost <input type="checkbox"/> Diabeteskost <input type="checkbox"/> Allergier, ange vilka	<input type="checkbox"/> Barnet har andra speciella svårigheter, ange vilka <input type="checkbox"/> Jag vill att ni kontaktar mig
---	--

Modersmålsundervisning, ange modersmål om annat än svenska

Vårdnadshavare	Barnet	Önskas modersmålsundervisning
Vårdnadshavare		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange språk:

Datum för önskad placering

Inskolning önskas från	Börjar arbeta/studera från
------------------------	----------------------------

Underskrift

Datum	Underskrift, vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under
-------	---