



BILDNINGSFÖRVALTNINGEN

## ANSÖKAN

Val av förskola med annan huvudman -  
fristående förskola eller kommunal förskola i  
annan kommun.

Blanketten sänds till nedanstående adress.

### Barnet

Barnets namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

### Uppgifter om vårdnadshavare - förälder

Vårdnadshavare 1			
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon mobil	Telefon arbete	E-post

### Uppgifter om vårdnadshavare - förälder

Vårdnadshavare 2			
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostad		Telefon arbete	E-post

### Sökt förskola

Förskolans namn	Kommun	Önskad tidpunkt
-----------------	--------	-----------------

### Skäl

----------

### Vårdnadshavare underskrift

Ort och datum	Namnsteckning
Ort och datum	Namnsteckning

### Förvaltningens anteckningar

----------

### Förvaltningschefens underskrift

Förvaltningschefens underskrift	Namnförtydligande	Datum
---------------------------------	-------------------	-------

---

**Postadress**

Ljusnarsbergs kommun  
714 80 KOPPARBERG

**Besöksadress**

Gruvstugutorget  
KOPPARBERG

**Telefon/telefax**

0580-805 86  
0580-718 30

**E-post/www**

bildning@ljusnarsberg.se  
www.ljusnarsberg.se