

Ansökan förskoleplats

Barnets tilltalsnamn, efternamn		Personnummer
Adress		
Telefon bostad	Telefon vårdnadshavare 1	Telefon vårdnadshavare 2
	E-post vårdnadshavare 1	E-post vårdnadshavare 2
Vårdnadshavare 1; tilltalsnamn och efternamn		
Vårdnadshavare 2; tilltalsnamn och efternamn		
Önskemål om placering		
Förskolor	Övriga önskemål/upplysningar	Önskat datum för inskolningsstart
Ange alternativ 1, 2 och 3 <input type="checkbox"/> Förskolan Garhyttan, Kopparberg <input type="checkbox"/> Förskolan Skogsglantan, Kopparberg <input type="checkbox"/> Förskolan Åstugan, Ställdalen		Räkna med att inskolning behövs innan ni börjar arbeta/studera. Ungefärligt omsorgsbehov Timmar/vecka:

Ansökningsdatum _____

Vårdnadshavarens underskrift

Ljusnarsbergs kommun
Gruvstugutorget
714 80 Kopparberg

www.ljusnarsberg.se
kommun@ljusnarsberg.se

Vårdnadshavarens underskrift

telefon 0580-805 00
fax 0580-718 30