VÅRSOLS FÖRSKOLA FRÄLSNINGSARMÉN

 ÖNSKEMÅL OM PLACERING

Barnets namn…………………………………………………………………….

Personnummer…………………………………………………………...............

Vårdnadshavare 1 namn…………………………………………………………..

Vårdnadshavare 2 namn…………………………………………………………..

Adress……………………………………………………………………………..

Telefon…………………… Mobil nr……………………………………………

Mailadress…………………………………………………………………………

Övriga upplysningar t.ex. annat modersmål………………………………............

…………………………………………………………………………………….

Tillsynsbehov ………………. Tim/ vecka

Placering önskas fr om den …………… och inskolning börjar ca 2 veckor tidigare.

Ort…………………………………..den………../…………..20………………...

Namnteckning……………………………………………………………………..

Besöksadress: Vårsols förskola von Platensgatan 10. Telefon 073-901 90 40

ingela.gerebrant@fralsningsarmen.se

 org nr 802006-1688