|  |
| --- |
| Ankomstdag |

 **ANSÖKAN**

**FÖRSKOLAN HASSELBO**

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer | För- och efternamn |
| Gatuadress |  |
| Postnummer, postadress | Telefon |
| Talar annat språk än svenska i hemmet, ange vilket |  |

VÅRDNADSHAVARE (räkningsmottagare) VÅRDNADSHAVARE

Arbetar Studerar Arbetar Studerar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personnummer | | Personnummer | |
| För- och efternamn | | För- och efternamn | |
| Adress (om annan än barnets) | | Adress (om annan än barnets) | |
| e-postadress | | e-postadress | |
| Arbetsplats | | Arbetsplats | |
| Telefon arbete/skola | Mobil nr | Telefon arbete/skola | mobil nr. |

SYSKON har barnomsorg

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personnummer | Personnummer | Personnummer | Personnummer |

ÖNSKEMÅL OM PLACERING

|  |  |
| --- | --- |
| Omsorg önskas fr.o.m. | Antal timmar/vecka |
| Övriga upplysningar till exempel särskilda behov, kost, allergi eller dylikt. | |

DATUM vårdnadshavare\* vårdnadshavare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\*vid gemensam vårdnad skall båda föräldrarna underteckna ansökan

|  |  |
| --- | --- |
| Placering fr.o.m. | Signatur ansvarig |

Uppsägningstiden är 2 månader från ankomstdatumet och under denna tid betalas avgiften som vanligt.

Skickas per post till: Hasslövs skola/förskolan Hasselbo, Pehr Osbecks väg 7, 31297 Laholm