Föräldrakooperativet Förskolan Minigiraffen

*Anmälan till kö för förskoleplats*

Barnuppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | För och efternamn | Personnr. (ÅÅÅÅ-MM-DD-NNNN) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

Syskonen kan börja var för sig \_\_\_ JA \_\_\_ NEJ

Vårdnadshavares uppgifter

|  |  |
| --- | --- |
|  | För-& efternamn Personnummer Arbetsplats Tele arb. (ÅÅÅÅ-MM-DD-NNNN) |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

|  |
| --- |
| Hemadress Postnummer Postadress Tele. Hem E-post |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Önskar plats from. datum (ÅÅÅÅ-MM-DD) Timmantal |
|  |

Underskrift

|  |
| --- |
| Ort Datum Underskrift |
|  |

Blanketten skickas till dagiset med attention vice ordförande.

Förskolan Minigiraffen

Djurgårdsgatan 99

582 29 Linköping

013-131227