



---

Inkom till förskolan

## Ansökan om plats på Föräldrakooperativet Skruven

### Barnet

Namn	Personnummer
------	--------------

Adress
--------

### Förälder / föräldrar

#### Vårdnadshavare 1

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer hem
Mejladress	Mobilnummer

#### Vårdnadshavare 2

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer hem
Mejladress	Mobilnummer

Önskar påbörja inskolning (två veckor) datum:
---

---

Underskrift förälder / vårdnadshavare

Datum