

Ansökan om plats på Lindängens förskola

Barn

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

Sökande, vårdnadshavare

Namn	
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress

Medsökande, vårdnadshavare

Namn	
Adress om ej samma som ovan	Postadress om ej samma som ovan
Telefon	E-postadress

Önskemål startdatum inkl. två veckors
inskolning

Ort och datum

Vårdnadshavare

Medsökande

Övriga upplysningar

Personuppgifter handhas enligt GDPR

Ansökan skickas till Maria Johansson på Lindängens förskola