



ANSÖKAN OM PLATS PÅ MONTESSORIFÖRSKOLAN I SKÖVDE

Barnets namn:

Personnummer: Telefon:

Adress: Postnr: o Ort:

Vårdnadshavarens namn: Persnr:

Yrke/arbetsplats: Tel arbetet:.....

E-post:..... Mobilnr:

Vårdnadshavarens namn: Persnr:

Yrke/arbetsplats: Tel arbetet:

E-post:..... Mobilnr:

Vi önskar börja hos Er:

Antal timmar/vecka som barnet beräknas vara på förskolan:

Motivering till ansökan:

.....

Övriga upplysningar t.ex. allergier mm

.....

Ev. syskons ansökan görs på egen blankett. Görs ansökan samtidigt betalas endast en avgift.

Jag har tagit del av den information som jag fått vid ansökan och förbinder mig härmed att arbeta ideellt i föreningens verksamhet från och med den dag barnet erhåller plats på Montessoriförskolan.

Köavgift 200 :- betalas in samtidigt som ansökan skickas in.

Bekräftelse skickas på E-post eller brev när både ansökan och köavgiften kommit in.

Ort och datum:

Underskrift:

Underskrift:

.....