

Anmälningsblankett



Vårdnadshavare 1 namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Gatuadress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefon hem/mobil: _____

Telefon arbete: _____

Mailadress: _____

Arbetsgivare och yrke: _____

Vårdnadshavare 2 namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Gatuadress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefon hem/mobil: _____

Telefon arbete: _____

Mailadress: _____

Arbetsgivare och yrke: _____

Barn 1 namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Barn 2 namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Barn 3 namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Inskolning önskas fr.o.m.: _____ **Antal tim/vecka:** _____

Datum:

Underskrift vårdnadshavare 1:

Underskrift vårdnadshavare 2:
