

Anmälningsblankett



Barn 1 :

Barnets efternamn	Barnets förnamn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	
Adress		Flicka <input type="checkbox"/>	Pojke <input type="checkbox"/>
Postnummer	Ort		

Barn 2:

Barnets efternamn	Barnets förnamn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	
Adress		Flicka <input type="checkbox"/>	Pojke <input type="checkbox"/>
Postnummer	Ort		

Inskolning:

Önskar fr.o.m	Antal tim/veckan
---------------	------------------

Vårdnadshavare 1:

Vårdnadshavare/sammanboendes efternamn	Vårdnadshavare/sammanboendes förnamn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	
Adress			
Postnummer	Ort		
Telefon	E-post		
Arbetsgivare	Yrke	Telefon arbete:	

Vårdnadshavare 2:

Vårdnadshavare/sammanboendes efternamn	Vårdnadshavare/sammanboendes förnamn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)	
Adress			
Postnummer	Ort		
Telefon	E-post		
Arbetsgivare	Yrke	Telefon arbete:	

Underskrift:

Datum	Underskrift vårdnadshavare 1	Underskrift vårdnadshavare 2
-------	------------------------------	------------------------------