



Barnets namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer

Har redan en förskoleplats i kommunen Datum då Af ska gälla från

Datum för placering inkl inskolning

Önskemål om förskola vid placering. Rangordna! eller den nuvarande förskolan

1.
2.
3.

Namn (vårdnadshavare)	Personnummer	Telefon
Gatuadress	Postnr-Postadress	Mail adress
Arbetsplats	Arbetstider	

Vårdnadshavare Ja Nej

Namn (vårdnadshavare)	Personnummer	Telefon
Gatuadress	Postnr-Postadress	Mail adress
Arbetsplats	Arbetstider	

Vårdnadshavare Ja Nej

Barnet bor växelvis hos vårdnadshavare (t ex varannan vecka) Ja Nej

Särskilda upplysningar/fysiska, psykiska, sociala handikapp, tal- och språkproblem

.....
.....

Annat modersmål än svenska Ja Nej

Vid ja, ange språk och land

.....

Datum

Underskrift

Datum

Underskrift