

ANSÖKAN OM BARNOMSORG

Barnets för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Bostadsadress	
Postadress	Telefon bostad

ÖNSKAR PLATS FRÅN OCH MED:

BERÄKNAT ANTAL TIM/VECKA:

ÅR MÅN DAG

Speciell hänsyn som bör beaktas. Specificera nedanstående punkter under "Övriga upplysningar"

Barnet är
ej allergiskt

Barnet är
allergiskt

Barnet har
handikapp

Barnet har
speciell kost

Barnet har annat
hemspråk än svenska

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR:

VÅRDNADSHAVARE/SAMMANBOENDE

Vårdnadshavare, för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Arbetsplats/Studieplats	Telefon dagtid
Vårdnadshavare alt. Make/Maka/Sammanboende, för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Arbetsplats/Studieplats	Telefon dagtid

CIVILSTÅND

GIFT <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Särboende	OGIFT <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående
---	---

Blanketten insändes till: Landvetter och Härryda församlingar, Idrottsvägen 8, 438 32 Landvetter

Datum

Underskrift av vårdnadshavare

Underskrift av vårdnadshavare

Förfrågningar angående ansökan kan ställas på telefon 031-97 71 15