

Lyckornas förskola
Sveavägen 1
567 32 Vaggeryd
0393-123 14
lyckornas@telia.com



Inkom _____

ANMÄLAN TILL BARNOMSORG PÅ LYCKORNAS FÖRSKOLA

Placering önskas fr.o.m. _____

Barnet

NAMN: _____ PERSONNUMMER: _____

GATUADDRESS: _____

POSTADDRESS: _____

Vårdnadshavare 1

NAMN: _____ E-POST _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____

Vårdnadshavare 2

NAMN: _____ E-POST _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____

Övriga barn i familjen

NAMN: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____ PERSONNUMMER: _____

Övriga upplysningar (allergier etc.)

Datum

Underskrift av vårdnadshavare

Skicka anmälan till Lyckornas förskola