**Ansökan om köplats till förskolan Äppellunden**

Barnets namn Barnets personnummer

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Adress

|  |
| --- |
|  |

 Epost adress Telefonnummer

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Plats önskas fr.o.m. (År- månad- dag)

|  |
| --- |
|  |

Förälderns namn Förälderns namn

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Övriga upplysningar

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Skicka detta formulär till fridhill@gmail.com

*Har ni svårt att fylla i dokumentet går det bra att sammanfatta informationen på blanketten i ett mail istället.*