

INSKRIVNING

BARNET

Namn: _____

Född: _____

Adress: _____

Postnummer _____ Ort: _____

VÅRDNADSHAVARE 1

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer _____ Ort: _____

E-post: _____ Mobil: _____

VÅRDNADSHAVARE 2

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer _____ Ort: _____

E-post: _____ Mobil: _____

Plats önskas: _____

Önskar/planerar lämna antal timmar per vecka: _____

Namn på antaget syskon: _____

Övrigt: _____

Datum: _____

.....
Underskrift Vårdnadshavare 1

.....
Underskrift Vårdnadshavare 1

*Sänd anmälan till Pärkans Montessoriförskola, Gyavägen 2, 236 37 Höllviken.
Har du några frågor är du välkommen att ringa Maria Grönqvist på tel 040-45 30 06*

VÄLKOMMEN!