

**Ansökan om skolbarnomsorg**

Barnets efternamn och tilltalsnamn	Pers.nummer
------------------------------------	-------------

UPPGIFTER AVSEENDE VÅRDNADSHAVARE

Efternamn och tilltalsnamn		Pers.nummer
Bostadsadress	Postnummer	Ortnamn
Telefon bostad		Telfon arbetet

UPPGIFTER AVSEENDE MAKE/MAKA/SAMMANBOENDE

Efternamn och tilltalsnamn	Pers.nummer	Telefon arbetet
----------------------------	-------------	-----------------

SKOLA SOM BARNET BERÄKNAS GÅ/GÅR I MARKERAS MED (X)

BRO	Finnstaskolan	<input type="checkbox"/>	KUNGSÄNGEN	Bergaskolan	<input type="checkbox"/>
	Härneviskolan	<input type="checkbox"/>	TIBBLE	Lillsjöskolan	<input type="checkbox"/>
	Råbyskolan	<input type="checkbox"/>	BRUNNA	Brunnaskolan	<input type="checkbox"/>
HÅBO-TIBBLE					
HÅTUNA	Tjustaskolan	<input type="checkbox"/>			
ÖNSKAD TID FÖR PLACERING			Ange alltid	ÅR	MÅNAD

Övriga upplysningar (t e x skolgång, annan skola än vad är uppräknat ovan, handikapp, allergi m.m)

.....

.....

.....

.....

Vårdnadshavarens underskrift (Finns fler än en vårdnadshavare skall båda underteckna)

Datum.....

.....

Underskrift

.....

Underskrift

De uppgifter som lämnas, sam sådana uppgifter som kommer från folkbokföringsmyndigheten, kommer att användas vid administration av verksamheten. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen.