

Anmälan av barn till Toftthaga förskola

Härmed anmäler undertecknad nedanstående barn till Toftthaga förskola.

Namn: _____ Personnummer: _____

Jag önskar plats på förskolan från och med (datum): _____

Tillsynsnivå: (kryssa i lämpligt alternativ)

- Heltid
- Allmän förskola (fr.o.m. 3 år, 15 timmar avgiftsfri, följer skolans läsårstider)
- 15 timmar

Vårdnadshavare 1: _____

Personnummer: _____

Adress _____

Telefonnummer _____ Mailadress _____

Vårdnadshavare 2: _____

Personnummer: _____

Adress _____

Telefonnummer _____ Mailadress _____

Ansökan skickas till:

Toftthaga förskola
Sjöeryd 3
56891 Skillingaryd

Eller

rektor@toftthaga.se

Ort och Datum:

Vårdnadshavare 1

Ort och Datum:

Vårdnadshavare 2
