

## Anmälan av barn till Tofthaga förskola

Härmed anmäler undertecknad nedanstående barn till Tofthaga förskola

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

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

**Tillsynsnivå: (kryssa i lämpligt alternativ)**

Heltid: \_\_\_\_\_

Allmän förskola: \_\_\_\_\_

15 tim: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 1 \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 2 \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnummer, ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mailadress \_\_\_\_\_

Ansökningsdatum \_\_\_\_\_

**Ansökan skickas till:**

Tofthaga förskola

Sjöeryd 3

56891 Skillingaryd

Eller: [jenny.claesson@tofthaga.se](mailto:jenny.claesson@tofthaga.se)

**Ort och datum**

\_\_\_\_\_

**Vårdnadshavare 1**

\_\_\_\_\_

**Ort och datum**

\_\_\_\_\_

**Vårdnadshavare 2**

\_\_\_\_\_