



ANMÄLAN TILL SMÅ ROSORNA FÖRSKOLAN

NAMNUPPGIFTER

	Namn		Personnummer		
Barn 1					
Barn 2					
Vårdnadshavarens namn			Vårdnadshavarens namn		
Personnummer			Personnummer		
Bostadsadress			Bostadsadress		
E-mail adress:			E-mail adress:		
Postnummer		Ort	Postnummer		Ort
Telefon bostad		Telefon arbete	Telefon bostad		Telefon arbete
Plats önskas från och med					
Syskon önskas på samma förskola			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Vilket språk talar ni med barnet om annat än svenska? (frivillig uppgift)			Ort och datum		

Denna anmälan om behov av förskoleplats gäller Små rosorna förskolan i Malmö.

Vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna underteckna blanketten.

Blanketten skickas till:
Små rosorna förskolan
BOX 180 37
200 32 Malmö

Tel. 076 165 94 83