

## ANSÖKAN OM PLATS

Härmed ansöker jag/vi om plats vid Karlavagnen Waldorfförskola för mitt/vårt barn.

### Personuppgifter för barnet

Barnets för- och efternamn	Personnummer
Gatuadress	
Postnummer, postort	Ev. telefonnummer bostad

Är barnet folkbokfört på Gotland?  Ja  Nej  
 Har barnet syskon på Karlavagnen?  Ja  Nej  
 Har barnet syskon på Orionskolan?  Ja  Nej

Placering önskas fr o m \_\_\_\_\_  
 (Den kommunala platsgarantin inom 4 månader gäller ej vid Karlavagnens Waldorfförskola)

### Personuppgifter för vårdnadshavare

För- och efternamn	Personnummer
E-post	
Telefon	Arbetsgivare/skola
För- och efternamn	Personnummer
E-post	
Telefon	Arbetsgivare/skola

### Schema

Uppskattat behov av barnomsorg, timmar/vecka \_\_\_\_\_

### Kost

Uppge eventuella allergier eller behov av särskild kost \_\_\_\_\_

### Språk

Hemspråk (om annat än svenska), ange vilket \_\_\_\_\_

Datum

Vårdnadshavares underskrift

(Vid gemensam vårdnad ska båda skriva under)

### Tack för din ansökan!

Lämna eller skicka blankett till oss. Ni är varmt välkomna att kontakta oss för frågor.

Dessa personuppgifter sparas så länge som ert barn är aktuellt hos oss.