



ANSÖKAN OM PLATS I FÖRSKOLA/DAGBARNVÅRDARE

Barnet

Namn	Personnr
Adress	Postnummer och ort
Syskon Namn	Annat modersmål än Svenska <input type="checkbox"/> Ange vilket
Förskola/dbv	

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Namn	Namn
Personnr	Personnr
Adress	Adress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefon bostad/mobilnr	Telefon bostad/mobilnr
E-postadress	E-postadress
Sysselsättning <input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Sjukskriven/sjukersättning	Sysselsättning <input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Sjukskriven/sjukersättning
Arbetsgivare/skola	Arbetsgivare/skola
Folkbokförd <input type="checkbox"/> Kristinehamn <input type="checkbox"/> Annan kommun, vilken	Folkbokförd <input type="checkbox"/> Kristinehamn <input type="checkbox"/> Annan kommun, vilken
Tidpunkt för flytt till Kristinehamn	Tidpunkt för flytt till Kristinehamn
Kommande adress i Kristinehamn	Kommande adress i Kristinehamn

Ifylles om vårdnadshavarna inte sammanbor

Barnet bor <input type="checkbox"/> enbart hos vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/> enbart hos vårdnadshavare 2 <input type="checkbox"/> växelvis hos båda vårdnadshavarna
Behov av barnomsorg: <input type="checkbox"/> vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/> vårdnadshavare 2 <input type="checkbox"/> båda vårdnadshavarna



Önskad placering

Ange gärna tre alternativ

Alt.	Önskemål (namn på förskola, dagbarnvårdare)	Förskola	Dagbarnvårdare
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Placering inklusive inskolning önskas fr.o.m. (inskolning cirka 2 veckor)

Placering inklusive inskolning önskas fr.o.m.	Beräknad tillsynstid per vecka
---	--------------------------------

Övriga upplysningar

Övriga upplysningar om barnet (tex allergi, hörselskada, rörelsehinder)

--

Vårdnadshavarnas underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Namnsteckning	Namnsteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Båda vårdnadshavarnas underskrift krävs vid gemensam vårdnad.

Denna blankett gäller för ansökan dagtid. Separat blankett ska fyllas i för barnomsorg på kvälls-, och nattid och helgomsorg.

Blanketten sändes till

Förskoleadministrationen
40B. Mag Löfs väg
681 84 Kristinehamn