

Anmälan till Småskolan i Ljungsbro

ELEV

Efternamn	Förnamn	Personnummer (ååmmdd-nnnn)
Kön <input type="checkbox"/> pojke <input type="checkbox"/> flicka		

VÅRDNADSHAVARE 1

Efternamn	Förnamn	
Utdelningsadress	Telefon, bostad (inkl riktnummer)	Mobil eller arbetstelefonnummer (inkl riktnr)
Postnummer och postort	e-postadress	

VÅRDNADSHAVARE 2

Efternamn	Förnamn	
Utdelningsadress	Telefon, bostad (inkl riktnummer)	Mobil eller arbetstelefonnummer (inkl riktnr)
Postnummer och postort	e-postadress	

STUDIEUPPGIFTER

Nuvarande skola/dagbarnvård	Ev. nuvarande klass
Söker till <input type="checkbox"/> Föreskoleklass <input type="checkbox"/> Årskurs 1 <input type="checkbox"/> Årskurs 2 <input type="checkbox"/> Årskurs 3	
Med start <input type="checkbox"/> Hösten 20____ <input type="checkbox"/> Snarast (gäller under pågående läsår)	Önskar plats på fritids? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Modersmål	Syskon på Småskolan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, personnr: _____

ÖVRIGT

Allergier, specialkost, särskilda önskemål osv.

Skolans noteringar:

Ankomstdatum:	Handläggare:
Anteckningar:	