



Ansökan om plats

Skolbarnomsorg

Ansökan om plats fr o m _____

Elevens namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Personnummer: _____

Vårdnadshavares namn: _____

Telefon dagtid:
Vårdnadshavare 1: _____

Vårdnadshavare 2: _____

Övrig information (t ex allergier): _____

Bifogas, schema som lämnas så fort ni vet tider och vid förändringar.
Uppsägning av plats skall ske senast två månader före planerad avslutningstidpunkt

Schema

Namn: _____

Tidsperiod: _____



| Vecka: | från | till | övrigt |
|---------|------|------|--------|
| Måndag | | | |
| Tisdag | | | |
| Onsdag | | | |
| Torsdag | | | |
| Fredag | | | |

| Vecka: | från | till | övrigt |
|---------|------|------|--------|
| Måndag | | | |
| Tisdag | | | |
| Onsdag | | | |
| Torsdag | | | |
| Fredag | | | |

| Vecka: | från | till | övrigt |
|---------|------|------|--------|
| Måndag | | | |
| Tisdag | | | |
| Onsdag | | | |
| Torsdag | | | |
| Fredag | | | |

| Vecka: | från | till | övrigt |
|---------|------|------|--------|
| Måndag | | | |
| Tisdag | | | |
| Onsdag | | | |
| Torsdag | | | |
| Fredag | | | |