

# ANSÖKAN TILL FÖRSKOLAN LÄR

Önskat startdatum
-------------------

Barnets namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Ort
Förälder/Vårdnadshavare 1 (Efternamn, förnamn)		Epost
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefon (inklusive riktnummer)	Mobiltelefon	
Förälder/Vårdnadshavare 2 (Efternamn, förnamn)		Epost
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefon (inklusive riktnummer)	Mobiltelefon	

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift förälder/vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Ansökan insändes till:      Förskolan Lär  
   Fax 08 7828170  
eller per post:                Linnégatan 80  
   115 23 Stockholm