

Ansökan om förskoleplats på **Regnbågens** Förskola i Ystad

Hejderidaregatan 2
271 57 Ystad
0411-89 76 01
regnbagen@ystad.nu



BARNETS / BARNENS NAMN:

1. _____ Födelsedatum: _____

2. _____ Födelsedatum: _____

VISTELSETID

Barnets vistelsetid på Regnbågen är föräldrars arbetstid + restid till och från arbetet.

Deltidsomsorg är när vistelsetiden är t.o.m. 25 timmar/vecka och heltidsomsorg när den är mer än 25 timmar eller mer/vecka.

Vi har ett behov av: Heltid Deltid Föräldradighetsplats, 15 tim/vecka

Regnbågen har två veckors föräldraaktiv inskolning.

Önskad inskolningsstart: _____

VÅRDNADSHAVARE

Namn: _____

Adress: _____

Mobil: _____ E-post: _____

VÅRDNADSHAVARE

Namn: _____

Adress: _____

Mobil: _____ E-post: _____

Övrigt: _____

Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna underteckna

Datum:

Namnteckning

Namnteckning