



Anmälan till Öringe Skola/Montessoriförskola/Fritids

Barnets namn:..... Barnets personnummer:.....

Målmans namn:..... Målsmans namn:.....

Personnummer:..... Personnummer:.....

Adress:..... Adress:.....

Postnr: Postnr:.....

Ort:..... Ort:.....

Telefon:..... Telefon:.....

Mejladress:..... Mejladress.....

| | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Anmälan avser plats i: (kryssa i och stryk under det som gäller er) | <input type="checkbox"/> | Förskola. | Heltid/halvtid (=max 15 h)? |
| | <input type="checkbox"/> | Förskoleklass. | Med/utan fritidsplats? |
| | <input type="checkbox"/> | Skola år 1- 6. | Med/utan fritidsplats? |

Kryssa i och stryk under de alternativ som gäller er!

Platsen önskas from(datum)

Anmälningsdatum:.....

Målsmans underskrift.....Målsmans underskrift.....

Anmälan skickas till:
Öringe Skola & Montessoriförskola
Öringelund
31291 Laholm
Tel. 0430-702 02