


Namn och kontaktuppgifter

Barnets efternamn, förnamn		Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
Adress (barnets folkbokföringsadress)	Postnummer	Ort
Vårdnadshavares efternamn, förnamn		Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
E-post		Telefon
Vårdnadshavares efternamn, förnamn		Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
E-post		Telefon

Nuvarande placering och årskurs

Skolenheten/förskola där barnet går idag	Nuvarande årskurs
--	-------------------

Årskurs barnet ska börja i och önskad skolstart

Årskurs	Från vilket datum önskas platsen
---------	----------------------------------

Önskad kommunal grundskola (Markera kryssrutan om barnet har äldre syskon i årskurs F-6 på skolenheten)

Första hand	<input type="checkbox"/> JA , har äldre syskon
Andra hand	<input type="checkbox"/> JA , har äldre syskon
Tredje hand	<input type="checkbox"/> JA , har äldre syskon
Fjärde hand	<input type="checkbox"/> JA , har äldre syskon
Femte hand	<input type="checkbox"/> JA , har äldre syskon

Om ditt barn går på en fristående skola

Om ditt barn inte får något av önskemålen ovan så vill du få erbjudande om plats för ditt barn på annan kommunal skola.

JA **NEJ**

Om ditt barn ska flytta till eller inom kommunen (Bifoga kopia på bostadskontrakt eller kvittens från Skatteverket)

Framtida folkbokföringsadress	Gäller från datum
-------------------------------	-------------------

Vårdnadshavares underskrift

Namnteckning	Datum
Namnteckning	Datum