

**PERSTORPS
KOMMUN**Barnomsorgen
284 85 PERSTORP
Tel: 0435-39000**ANSÖKAN OM
FÖRSKOLE- / FRITIDSHEMSPLATS**Förskola Fritidshem **Barnet**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnr	Ort

Vårdnadshavare 1

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Arbetsgivare/Arbetsplats	Telefonnummer arbete/skola	Mobilnummer

Vårdnadshavare 2

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Arbetsgivare/Arbetsplats	Telefonnummer arbete/skola	Mobilnummer

OBS! Mailadress ifylles om man vill ha bekräftelse att ansökan kommit in.

Mailadress vårdnadshavare 1	Mailadress vårdnadshavare 2
-----------------------------	-----------------------------

Orsak placering

Vårdnadshavare 1	Arbete <input type="checkbox"/>	Studier <input type="checkbox"/>	Föräldraledighet <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>
Vårdnadshavare 2	Arbete <input type="checkbox"/>	Studier <input type="checkbox"/>	Föräldraledighet <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>

Civilstånd

<input type="checkbox"/> Gifta	<input type="checkbox"/> Sambo, barnet gemensamt	<input type="checkbox"/> Sambo, barnet ej gemensamt	<input type="checkbox"/> Ensamstående vårdnadshavare
Vårdnadshavare om barnet ej är gemensamt	<input type="checkbox"/> Kvinnan	<input type="checkbox"/> Mannen	Annat hemspråk än svenska

Önskemål om placering, namn (gäller endast förskola)

Alt 1	Alt 2	Alt 3
-------	-------	-------

Vistelsetid

Uppskattat omsorgsbehov	Önskat datum för placering		
<input type="checkbox"/> - 15 tim/v	<input type="checkbox"/> 15 - 28 tim/v	<input type="checkbox"/> 28 tim/v -	<input type="checkbox"/> obekvämtid

Övriga upplysningar

Finns syskon i omsorgen? Om ja, var? Särskilda vårdbehov mm (barnet rörelsehämmat, sjukdom, allergier, etc)

Underskrift vårdnadshavare

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift
	Namnförtydligande	Namnförtydligande