



**PERSTORPS
KOMMUN**
Barnomsorgen
284 85 PERSTORP
Tel: 0435-39000

ANSÖKAN OM
ÖVERFLYTTNING
AV PLATS I BARNOMSORGEN

Barnet

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnr	Ortsnamn
Tel. till bostad		Annat hemspråk än svenska

Vårdnadshavare 1

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Arbetsgivare/Arbetsplats	Telefonnummer arbete/skola	Mobilnummer

Vårdnadshavare 2

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Arbetsgivare/Arbetsplats	Telefonnummer arbete/skola	Mobilnummer

Nuvarande placering

Förskola / fritidshem

Omplacering önskas fr o m

Datum

Omplacering önskas till

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

Anledning till önskan om omplacering

--

Underskrift vårdnadshavare

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift
	Namnförtydligande	Namnförtydligande