

Ansökan om plats till Sagolundens förskola

Ansökningsdatum: _____

Härmed ansöker jag/vi om plats för: _____
Barnets namn

Personnr

till Sagolundens förskola.

Vårdnadshavare 1:

Vårdnadshavare 2:

Namn: _____ Namn: _____

Adress: _____ Adress: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Mejl: _____ Mejl: _____

Vi önskar plats from _____.

Om vi vill ändra datum så är det viktigt att vi meddelar rektor detta i god tid.

Underskrifter: _____

Sagolundens förskola
Sanatorievägen 6D
26652 Vejbystrand
072 - 462 45 90
sara.lundquist@qaskad.se