



Solbackens förskola
Villagatan 31
543 33 Tibro

Telefon: 0705-920559
Email: info@solbackentibro.se

ANSÖKAN FÖRSKOLEPLATS

Vårdnadshavare:

Namn: _____ **Personnummer:** _____

Arbetsgivare: _____ **Telefon:** _____

Namn: _____ **Personnummer:** _____

Arbetsgivare: _____ **Telefon:** _____

Adress: _____

Telefon: _____ **Mobil** _____

Barn: _____ **Personnummer:** _____

Barn: _____ **Personnummer:** _____

Barn: _____ **Personnummer:** _____

Plats önskas fr o m (inkl. inskolning) _____

Beräknat antal timmar/vecka: _____

Övriga upplysningar:

Underskrift (båda vårdnadshavare):

Namnteckning:

Namnteckning:

Namnförtydligande:

Namnförtydligande: