



ANSÖKAN OM BYTE AV PLATS

En blankett per barn

Barnets efternamn	Förnamn	Personnummer (år, mån, dag – nr)
Målsmans efternamn	Förnamn	Personnummer (år, mån, dag – nr)
Adress	Post nr	Postadress
Telefon hem	Mobil	E-mail

Önskemål

Nuvarande placering	Byte av plats önskas from
Önskad placering	Förskola <input type="checkbox"/> Pedagogiskomsorg <input type="checkbox"/>
Övriga upplysningar	

Datum	Vårdnadshavare 1	Telefon	Mobil
Datum	Vårdnadshavare 2	Telefon	Mobil

Blanketten lämnas/skickas till placeringsassistenten för barnets nuvarande förskola.