

Ansökan om byte skall ske minst 1 månad i förväg.

Blanketten skall skickas till Laxå kommun, Barnomsorgen, 695 80 Laxå

En blankett/barn

UPPGIFT OM BARNET

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____ Tel ink riktnr: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Byte till Allmän förskola (avgiftsfritt)

Byte till Förskolan (avgiftsbelagd)

**ÖNSKAT
PLACERINGSDATUM:**

ÖVRIG INFORMATION:

UPPGIFT OM FÖRÄLDRAR

Namn vårdnadshavare 1: _____ Personnr: _____

Arbetsgivare: _____ Tel arb: _____

Arbetstid/dag: _____ Antal dgr/vecka: _____

Namn vårdnadshavare 2: _____ Personnr: _____

Arbetsgivare: _____ Tel arb: _____

Arbetstid/dag: _____ Antal dgr/vecka: _____

UPPGIFT OM SYSKON

Namn: _____ Personnr: Förskola/familjedaghem/fritidshem: _____

UNDERSKRIFT

Ort, datum

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2