

**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