

Ansökan om byte ska ske minst 1 månad i förväg.

Blanketten skickas till:

Laxå kommun
Barnomsorgen
695 80 Laxå
En blankett/barn**UPPGIFT OM BARNET**

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____ Tfn inkl. riktnr: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Byte till Allmän förskola (avgiftsfritt)Byte till Förskolan (avgiftsbelagd)**ÖNSKAT
PLACERINGSDATUM:****ÖVRIG INFORMATION:****UPPGIFT OM FÖRÄLDRAR**

Namn vårdnadshavare 1: _____ Personnr: _____

Arbetsgivare: _____ Tfn arb: _____

Arbetstid/dag: _____ Antal dgr/vecka: _____

Namn vårdnadshavare 2: _____ Personnr: _____

Arbetsgivare: _____ Tfn arb: _____

Arbetstid/dag: _____ Antal dgr/vecka: _____

UPPGIFT OM SYSKON

Namn: _____ Personnr: _____ Förskola/fritidshem: _____

UNDERSKRIFT

Ort, datum

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Laxå kommunBesöks/postadress
Postgatan 2-4Telefon
0584 47 31 00Telefax
0584 107 41Postgiro
12 29 80-6Hemsida
www.laxa.se