



# Anmälningssblankett för placering av barn på Pilgårdens förskola

Läs blanketten noga innan anmälan fylls i.  
OBS En blankett per barn

|                           |                      |            |                      |
|---------------------------|----------------------|------------|----------------------|
| Barnets fullständiga namn | <input type="text"/> |            |                      |
| Personnr (10 siffror)     | <input type="text"/> |            |                      |
| Gatuadress                | <input type="text"/> |            |                      |
| Postnr                    | <input type="text"/> | Postadress | <input type="text"/> |

|                                      |                                       |  |                      |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|----------------------|
| Vårdnadshavare 1                     | <input type="text"/>                  | Personnr (10 siffror)                    | <input type="text"/> |
| Arbetsgivare/<br>Läroanstalt         | <input type="text"/>                  | Mobilnr                                  | <input type="text"/> |
| Vårdnadshavare 2                     | <input type="text"/>                  | Personnr (10 siffror)                    | <input type="text"/> |
| Arbetsgivare/<br>Läroanstalt         | <input type="text"/>                  | Mobilnr                                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gifta/sambo | <input type="checkbox"/> Ensamstående | <input type="checkbox"/> Växelvis boende |                      |

Övriga barn placerade inom förskole/skolbarnomsorgen

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| Namn och personnr (10 siffror) | <input type="text"/> |
| Namn och personnr (10 siffror) | <input type="text"/> |
| Namn och personnr (10 siffror) | <input type="text"/> |
| Modersmål barn                 | <input type="text"/> |
| Modersmål vårdnadshavare 1     | <input type="text"/> |
| Modersmål vårdnadshavare 2     | <input type="text"/> |
| Funktionshinder/sjukdom        | <input type="text"/> |
| Allergi                        | <input type="text"/> |

|                                      |                      |                                   |                                 |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Önskemål: Omfattning ca antal timmar | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Obestämd | <input type="checkbox"/> Vet ej |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

|                            |                      |                   |   |  |  |
|----------------------------|----------------------|-------------------|---|--|--|
| Placering önskas fr o m    | <input type="text"/> | Med anledning av: | <input type="checkbox"/> Arbete/studier | <input type="checkbox"/> Föräldraledig | <input type="checkbox"/> Arbetssökande |
| Folkbokförd i annan kommun | <input type="text"/> |                   |   |  |  |

|  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Datum:   | Vårdnadshavare 1 namnteckning | Vårdnadshavare 2 namnteckning |
| <hr/>  |                               |                               |
| Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med GDPR |                               |                               |
| 2025-02-19   |                               |                               |