

Köanmälan till Urfjälls Montessoriskola

Elevens namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____ Postnummer: _____

Ort: _____ Telefon bostad: _____

Moderns namn: _____

Adress om annan än ovan: _____

Tel hem: _____ Tel arb: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Faderns namn: _____

Adress om annan än ovan: _____

Tel hem: _____ Tel arb: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Nuvarande barnomsorg/skola: _____ Årskurs: _____

Övrigt, allergier, specialkost, handikapp el dyl _____

Syskon vi också vill ställa i kö:

Namn: _____ Personnr: _____

Namn: _____ Personnr: _____

Datum

Målsmans underskrift

Målsmans underskrift

Anmälan returneras till: Urfjälls Montessoriskola
196 93 KUNGSÄNGEN