



Köanmälan till Urfjälls Montessoriskola

Elevens namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____ Postnummer: _____

Ort: _____

Telefon bostad: _____

Vårdnadshavare 1 namn: _____

Adress om annan än ovan: _____

Tel hem: _____ Tel arb: _____ Mobil: _____ E-mail: _____

Vårdnadshavare 2 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

De uppgifter som lämnas ska överensstämma med folkbokföringsmyndigheten. Vi kommer registrera dessa uppgifter för att kunna administrera vår verksamhet. Dessa uppgifter bevaras så länge ni är aktuella inom vår verksamhet. Ni kan när som helst kontakta oss om ni har frågor som rör de uppgifter vi har registrerade hos oss. Vi behandlar uppgifterna i enlighet med GDPR