



Köanmälan till Säbyholms Montessoriskola

Denna anmälan ifylles och skickas till nedan angiven adress

Obs! Tänk på att alla vårdnadshavare måste skriva under anmälan för att den skall vara giltig

Uppgifter om elev:

Namn:	Personnummer:
Har syskon i verksamheten <input type="checkbox"/>	

Uppgifter om vårdnadshavare 1:

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel. arbete:
Postadress:	Tel. bostad
E-post:	Mobilnummer:

Uppgifter om vårdnadshavare 2:

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel. arbete:
Postadress:	Tel. bostad
E-post:	Mobilnummer:

Uppgifter om önskad skolstart:

Önskad skolstart:	Årskurs:	Termin:
-------------------	----------	---------

Önskar eleven Fritids? Ja Nej (gå vidare till nästa avsnitt)

Fr.o.m datum:	Lämnas kl:	Hämtas kl:
---------------	------------	------------

Uppgifter om nuvarande skola:

Skolans namn:	Kommun:
Ev. kontaktperson:	

Vårdnadshavares underskrifter:

Datum:	Underskrift vårdnadshavare 1:
Datum:	Underskrift vårdnadshavare 2: