



KÖANMÄLAN TILL BIRKASKOLAN

Er anmälan är giltig från det datum köanmälan är oss tillhanda.

Barnets namn		Personnummer	
Förskoleklass	Skola	Fritidshem	
Önskas fr.o.m _____år/mån	Önskas fr.o.m _____år/mån	Önskas fr.o.m _____år/mån	
Förskola/skola i dag		Är ert barn i behov av särskilt stöd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja kommer vi att kontakta er för mer information	

Finns syskon som går i Birkaskolans verksamhet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. _____
Finns syskon anmälda till kön	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fr.o.m. _____
Syskons namn	Personnummer	
Syskons namn	Personnummer	

Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Telefon, bostad arbetet mobiltelefon	Telefon, bostad arbetet mobiltelefon
E-mailadress	E-mailadress
Adress	Adress, om annan
Postnummer och ort	Postnummer och ort, om annan

Datum och ort	
Förälderns underskrift	Förälderns underskrift

Skolans noteringar

	Ködatum
--	---------