



Ansökan till Gefle Montessoriskola

Härmed ansöker jag om att placera mitt barn i kö:

Barnets namn:	Barnets personnummer:
Vårdnadshavare 1:	Bostadsadress:
Postnummer:	Telefonnummer (även mobil):
E-postadress (skriv tydligt):	
Vårdnadshavare 2:	Bostadsadress (om annan än ovan):
Postnummer (om annat än ovan):	Telefonnummer (om annat än ovan, även mobil):
E-postadress (skriv tydligt):	

Nuvarande förskola/skola: _____

Finns syskon som går eller har gått på Gefle Montessoriskola? Namn och personnummer: _____

Ort och datum: _____

Underskrift vårdnadshavare 1: _____

Underskrift vårdnadshavare 2: _____

Tack för din ansökan!

Blanketten lämnas till: Gefle Montessoriskola AB
Sofiagatan 6
802 54 Gävle

Registreringsdatum hos Gefle Montessoriskola = ködatum
Se även information på vår hemsida: www.geflemontessori.se