

ANSÖKAN OM PLATS I FÖRSKOLEKLASS/GRUNDSKOLA

Ankomstdatum

- Önskas plats under pågående läsår sker prövning med hänsyn till plats och kö till skolan

Elev

Personnummer (ååmmdd-XXXX)	För-och efternamn
----------------------------	-------------------

Nuvarande skola

Skolans namn	Årskurs
--------------	---------

Vi önskar börja på Gottne Byskola

Läsår	Fr.o.m datum	Årskurs (klass F-6)
-------	--------------	---------------------

Övriga upplysningar (behov av specialkost, allergier m m)

--

Vi är i behov av fritidsplats

Vi är i behov av skolskjuts

--	--

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

För- och efternamn		För- och efternamn	
Adress		Adress	
Personnummer (ååmmdd-XXXX)		Personnummer (ååmmdd-XXXX)	
Postadress		Postadress	
E-post		E-post	
Telefon, hem	Mobiltelefon	Telefon, hem	Mobiltelefon
Telefon, arbete		Telefon, arbete	
Ort och datum		Ort och datum	
Underskrift		Underskrift	

Personuppgifterna behandlas i överensstämmelse med GDPR-lagen. Gottnebygdens samhällsförening är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som samlas in. Vid ev. frågor kontakta rektor.

<p>*Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan</p> <p>Skolans noteringar:</p>	Antagen	Sign
---	----------------	-------------