



Montessori Droppen  
Skomakargatan 33  
953 34 Haparanda

**Ansökan om plats**

förskola  
skolbarnomsorg

**Sökande**

|                       |              |          |             |
|-----------------------|--------------|----------|-------------|
| Namn                  | Personnummer |          |             |
| Arbetsgivare/skola    | Gift         | Sambo    | Ensamboende |
| Adress                | Tele hem     | Tele arb |             |
| Postnr och postadress | Mobil        |          |             |

**Medsökande**

|                       |              |          |             |
|-----------------------|--------------|----------|-------------|
| Namn                  | Personnummer |          |             |
| Arbetsgivare          | Gift         | Sambo    | Ensamboende |
| Adress                | Tele hem     | Tele arb |             |
| Postnr och postadress | Mobil        |          |             |

Med sökande avses vårdnadshavare.

Medsökande kan vara den andre föräldern eller annan sökande sammanboende person.

**Omsorgsformer**

Förskola – erbjuder plats för barn i åldern 1-5 år

Skolbarnomsorg – erbjuder plats för barn i åldern 6-12 år

| Barnets namn | Personnummer | Förskola | Skolbarn-omsorg | Behovet tim/vecka |
|--------------|--------------|----------|-----------------|-------------------|
|              |              |          |                 |                   |
|              |              |          |                 |                   |
|              |              |          |                 |                   |

Plats önskas fr.o.m. ....

Barnets hemspråk .....

.....  
Datum

.....  
Underskrift sökande

.....  
Underskrift medsökande

**OBS!**

Följande gäller vid gemensam vårdnad då barnet/barnen har växelvis boende hos ej sammanboende vårdnadshavare:

Om båda vårdnadshavarna har behov av barnomsorg, skall båda vara platsinnehavare och således lämna in varsin ansökan om barnomsorg.