Föräldrakooperativet Bikupan
Box 141
623 21 Ljugarn
Telefon: 076-091 51 35
Epost: info@bikupanljugarn.se

Ansökan om plats på
Föräldrakooperativet Bikupan

Personuppgifter

Barnets för- och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Vårdnadshavare

För- och efternamn		Personnummer
Arbetsgivare/skola ☐ Arbetssökande	Epost	Tfn

Vårdnadshavare/sammanboende

För- och efternamn		Personnummer
Arbetsgivare/skola ☐ Arbetssökande	Epost	Tfn

Barnets vårdnadshavare

[_] Gemensam vårdnad [_] Enskild vårdnad

Vårdnadshavare om annan än sökande, namn	Adress	Tfn
Syskonförtur, har barnet syskon på förskolan? [_] Nej [_] Ja, namn:		

Tillsynsbehov, schema och genomsnittligt tillsynsbehov

Måndag kl._____-_____	Torsdag kl._____-_____
Tisdag kl._____-_____	Fredag kl._____-_____
Onsdag kl. -_____	Genomsnittligt behov _____ h per vecka

Hälsotillstånd

Särskild kost [_] Nej [_] Ja, _____	Barnet har andra speciella svårigheter, ange vilka _____ [_] Jag vill att ni kontaktar mig

Modersmålsundervisning, ange om annat modersmål än svenska

Vårdnadshavare	Barnet
Vårdnadshavare	Önskas modersmålsundervisning? [_] Nej [_] Ja, på vilket språk?_____

Datum för önskad placering

Inskolning önskas från	Börjar arbeta/studera från

Underskrift, vid gemensam vårdnad ska båda skriva under

Datum:	Underskrift:
Datum:	Underskrift: