

Kölisteanmälan Montessorifriskolan Galaxen

Uppgifter om barnet:

Personnummer 10 siffror	Efternamn	Förnamn
Adress	Postnummer	Ort
Önskar börja	Nuvarande omsorg	Namn på syskon som redan är placerade på Galaxen:

Barnets vårdnadshavare 1

Personnummer 10 siffror	Efternamn	Förnamn
Adress om annan än ovan		
E-postadress	Telefon arbete	Telefon privat
Namnteckning		Datum Ort

Barnets vårdnadshavare 2

Personnummer 10 siffror	Efternamn	Förnamn
Adress om annan än ovan		
E-postadress	Telefon arbete	Telefon privat
Namnteckning		Datum Ort

I och med att kö anmälan undertecknas godkänner ni att vi sparar era personuppgifter. Ni kan när som helst kontakta oss och be oss ta bort uppgifterna. Om ni tackar nej till en plats eller barnet är gammalt nog för att gå ur grundskolan så raderas alla uppgifter ur vårt köregister.

Anmälan skickas till

Gislaved Montessorifriskola
Box 184
332 24 Gislaved

Montessorifriskolans anteckningar

Datum då köplatsen var oss tillhanda:	Övrigt:
---------------------------------------	---------