



## ANMÄLAN TILL BLOMMOR FÖRSKOLAN

### NAMNUPPGIFTER

	Namn		Personnummer			
Barn 1						
Barn 2						
Vårdnadshavarens namn			Vårdnadshavarens namn			
Personnummer			Personnummer			
Bostadsadress			Bostadsadress			
Postnummer		Ort	Postnummer		Ort	
Telefon bostad		Telefon arbete		Telefon bostad		Telefon arbete
Plats önskas från och med						
Syskon önskas på samma förskola			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Vilket språk talar ni med barnet om annat än svenska? (frivillig uppgift)						

Denna anmälan om behov av förskoleplats gäller Blommor förskolan i Malmö.

**Vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna underteckna blanketten.**

Blanketten skickas till:

**Blommor förskolan**  
**BOX 180 37**  
**200 32 Malmö**

**Tel. 072 324 77 71**