Intresseanmälan

för plats i Föräldrakooperativet Barnlåten

BARNET

Barnets namn _____ Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX) _____

FÖRÄLDRAR

	Förälder 1	Förälder 2
Namn		
Personnummer		
Yrke		
Adress		
Telefon		
E-post *		

SYSKON om barnet har syskon

Syskons namn _____ Personnummer _____

Syskons namn _____ Personnummer _____

Fler syskon? Skriv på baksidan eller i e-postmeddelandet.

ÖNSKAD START

Plats önskas från och med (datum)

_____

Skicka anmälan till **ko@barnlaten.se** eller posta eller lämna den till Föräldrakooperativet Barnlåten, Kö, Turkosgatan 1C, 421 52 Västra Frölunda.

FYLLS I AV FÖRENINGEN

Rektor: anmälan inkom (datum) _____ Föräldrakontakt: familjen kontaktad och inbjuden (datum) _____

** Ange en e-postadress som du läser regelbundet – det mesta av föreningens kommunikation sker via e-post.*
Så hanterar vi personuppgifter: barnlaten.se/docs/Information_om_personuppgifter.pdf