

**Köanmälan till Urfjälls Montessoriskola**

Elevens namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon bostad: \_\_\_\_\_

Moderns namn: \_\_\_\_\_

Adress om annan än ovan: \_\_\_\_\_

Tel hem: \_\_\_\_\_ Tel arb: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Faderns namn: \_\_\_\_\_

Adress om annan än ovan: \_\_\_\_\_

Tel hem: \_\_\_\_\_ Tel arb: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nuvarande barnomsorg/skola: \_\_\_\_\_ Årskurs: \_\_\_\_\_

Övrigt, allergier, specialkost, handikapp el dyl \_\_\_\_\_

Syskon vi också vill ställa i kö:

Namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Målsmans underskrift

\_\_\_\_\_  
Målsmans underskrift

Anmälan returneras till: Urfjälls Montessoriskola  
196 93 KUNGSÄNGEN