

## KÖANMÄLAN

När önskas placering: \_\_\_\_\_

**ANMÄLAN MOTTAGES TIDIGAS 8 MÅNADER  
FÖRE AKTUELLT BEHOV.**

**Obs! 1 BLANKETT FÖR VARJE BARN**

Barnets namn:

Pers.nr:

---

Målsmans för- & efternamn:

Pers.nr:

---

Adress:

Postnummer:

---

Tel nr:

Mobil.nr:

---

Arbetsplats:

Tel.arb:

---

Make/maka/sammanboende, för- & efternamn:

Pers.nr:

---

Arbetsplats:

Tel. arb.:

---

Mailadress för information:

---

Syskon i familjen som har eller önskar barnomsorg:

Namn:

Pers.nr:

---

Namn:

Pers.nr:

---

**Placerings behov:**(Sätt kryss för önskat behov)

0-15 tim/vecka

Mer än 15tim/vecka:

Ange om möjligt genomsnittstid:

Övriga upplysningar (sjukdomar, allergier, talas annat språk än svenska i hemmet mm)

---

---

---

Anmälares underskrift:

Förskolan Solstrålen  
Bränningegatan  
566 34 Habo

076 309 49 01  
[solstralen@smyrnahabo.se](mailto:solstralen@smyrnahabo.se)  
[malin.olofsson@solstralenhabo.se](mailto:malin.olofsson@solstralenhabo.se)

[www.solstralenhabo.se](http://www.solstralenhabo.se)  
[@solstralenhabo](#) på instagram