



## ANSÖKAN OM FÖRSKOLEVERKSAMHET PÅ FÖRÄLDRARKOOPERATIVET BULLERBYN

### Personuppgifter

Barnets efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Barnets nuvarande placering
Gatuadress	Postnummer	Postadress

### Vårdnadshavare 1

Efternamn och tilltalsnamn		Efternamn och tilltalsnamn	
Personnummer		Personnummer	
Adress		Adress	
Postnummer	Postort	Postnummer	Postort
Telefon dagtid	Telefon bostad	Telefon dagtid	Telefon bostad

### Vårdnadshavare 2

Plats önskas fr. o m:	Behov av förskoleverksamhet genomsnitt tim/vecka:
Barnet/en lämnas tidigast:	Barnet/en hämtas senast:

### Vårdnadshavares underskrifter (vid gemensam vårdnad krävs bådas underskrifter)

Vårdnadshavare	Ort och datum
Vårdnadshavare	Ort och datum

### Frivilliga uppgifter

Vilket språk talar Ni med barnet	Speciella hänsyn, t ex allergi, ange vilka
----------------------------------	--

Blanketten skickas/lämnas till Bullerbyn

**Postadress**  
Ängsbergsvägen 2  
361 54 Vissefjärda

**Besöksadress**  
Ängsbergsvägen 2

**Hemsida**  
www.bullerbyn.info  
**E-post**  
[info@bullerbyn.info](mailto:info@bullerbyn.info)  
[ordforande@bullerbyn.info](mailto:ordforande@bullerbyn.info)

**Telefon**  
073 4100767

**Organisationsnr**  
832401-4995  
**Bankgiro**  
5481-9933