

## Ansökan om plats till Leklundens förskola

Ansökningsdatum: \_\_\_\_\_

Härmed ansöker jag/vi om plats för:

\_\_\_\_\_  
Barnets namn

\_\_\_\_\_  
Barnets personnr

till Leklundens förskola.

Vårdnadshavare 1:

Vårdnadshavare 2:

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mejl: \_\_\_\_\_ Mejl: \_\_\_\_\_

Vi önskar plats from \_\_\_\_\_.

Om vi vill ändra datum så är det viktigt att vi meddelar rektor detta i god tid.

Underskrifter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Leklundens förskola  
Hjärnarpsvägen 19  
26675 Hjärnarp  
072 - 462 45 90  
sara.lundquist@qaskad.se