

ANSÖKAN OM BARNOMSORGSPLATS I LUMPARLAND

Barn i behov av barnomsorgsplats:

Namn: _____ Personnummer: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Barnets/barnens vårdnadshavare, namn/adress/telefonnummer:

Syskon, namn och personnummer:

Familjen lyfter kommunalt hemvårdsstöd för barn: Ja Nej

Önskad vårdform på daghemmet Videungen/Myrstacken:

Heltid: _____ Halvtid: _____ Halvtid: _____ 30h/v: _____ Förskola: _____
(Max 5h/dag) (25h/v) (4h/dag)

För- & eftermiddagsvård: _____

Barnomsorg önskas fr.o.m.: _____

Barnets nuvarande barnomsorg (I hemmet, daghem, annat): _____

Barnet bor hos (de egna föräldrarna, den ena föräldern, annat boende): _____

Barnet är vaccinerat mot (ringa in): Mässling Röda Hund Kikhosta Påssjuka Vattkoppor

Har barnet haft någon av ovanstående sjukdomar, i så fall vilka?: _____

Sjukdomar, allergier, dieter, m.m. som bör iakttas: _____

Tilläggsuppgifter: _____

Jag intygar härmed att ovanstående uppgifter är riktiga.

Lumparland den: / 20

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____