

Ansökan om förskoleplats på Waldorfförskolan Viljan.

Barnets namn och personnr. _____

Barnets namn och personnr. _____

Barnets namn och personnr. _____

Vårdnadshavare 1 _____ Personnr. _____

Adress _____

Telnr. Hem _____ Mobilnr _____

Arbetsplats _____ Arbets telnr. _____

e-post _____

Vårdnadshavare 2 _____ Personnr. _____

Adress _____

Telnr. Hem _____ Mobilnr. _____

Arbetsplats _____ Arbets telnr. _____

e-post _____

Datum för önskad inskolning _____

Är behovet en ”15 tim plats”? _____

Se andra sidan.

Preliminärt schema

Måndag _____
Tisdag _____
Onsdag _____
Torsdag _____
Fredag _____

Övrigt.

Beskriv kort varför Ni har valt att ansöka om förskoleplats på Viljan:

Har ni varit på besök hos oss? Ja ___ Nej___

Om nej, önskar ni ett studiebesök? Ja ___ Nej___

Datum och underskrift

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Anmälan skickas till:
Waldorfförskolan Viljan
Glomman 94
702 30 Örebro

Frågor? 019-20 90 71 eller viljan@orebroswaldorfskola.se