

# ANSÖKAN OM PLATS PÅ ÄLGENS FÖRSKOLA

Vi vill gärna ha plats från den ...../ .....20 .....

Antal barn .....

Namn: ..... Personnummer: .....

Namn: ..... Personnummer: .....

Namn: ..... Personnummer: .....

(ej de 4 sista i personnumret)

Vi vill ha vårt/våra barn placerade på ..... %

**Välj mellan: 0 - 25 timmar (50%)**

**26 - 45 timmar(100%)**

Föräldrarnas namn: .....

.....

Adress: .....

Postnummer: .....

Telefonnummer: .....

Ljungby den ..... / ..... 20 .....

Underskrift önskas av båda föräldrarna

.....

Skicka ansökan till:

Älgens Förskola

Storgatan 3

341 30 Ljungby

Eller maila till: [info@algens-forskola.se](mailto:info@algens-forskola.se)

För att se till barnets behov och ta hänsyn till dess utveckling bör man inte placera barn i förskoleverksamhet före 1 års ålder.