



Köplatsanmälan Montessoriförskolan Lekloftet

● Anmälningdatum _____

● Önskat startdatum _____

● Barnets namn _____ Kön _____

● Personnummer _____

● Adress _____ Postnummer Ort _____

● Vårdnadshavare 1 (namn) _____

● Telefon (hem, mobil & arbete) _____

● E-post _____

● Vårdnadshavare 2 (namn) _____

● Telefon (hem, mobil & arbete) _____

● E-post _____

● Syskon på Lekloftet (namn) _____

● Syskon i kön till Lekloftet (namn & personnr) _____

Omsorgsbehov - tider

Övriga uppgifter / önskemål

Jag/Vi har tagit del av bifogad information gällande Montessoriförskolan Lekloftet och förstår innebörden av att vara delaktig i föräldraföreningen och är intresserade av att aktivt ta del av/i de aktiviteter som sköts av föräldrarna.

Namn-teckning vårdnadshavare 1

Namn-teckning vårdnadshavare 2

Blanketten skickas till:

Montessoriförskolan Lekloftet

Köansvarig,

S:t Larsväg Byggnad 12

222 70 LUND