



Björboholms Kooperativa Förskola

Platsansökan

Barnets Namn _____ Född -

Mammas Namn _____

Pappas Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Tel Hem _____

Tel Arbete Mamma _____ Mobil _____

Tel Arbete Pappa _____ Mobil _____

E-Post Adress _____

Antal timmar / vecka önskas _____

Följande tider önskas

Övriga Upplysningar

Måndag — _____

Tisdag — _____

Onsdag — _____

Torsdag — _____

Fredag — _____

Plats önskas from. _____

Ansökan skickas till:

Björboholms Kooperativa Förskola

Östadvägen 161

443 72 GRÅBO
