



# ÖVERKALIX KOMMUN

## ANSÖKAN om plats i kommunal förskoleverksamhet

Blanketten skickas till

Överkalix kommun  
Skolkontoret  
956 81 ÖVERKALIX

### Sökande

Namn		Personnummer
Arbetsgivare/skola	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamboende	Telefon arbete (även riktnummer)

### Medsökande

Namn		Personnummer
Arbetsgivare/skola	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamboende	Telefon arbete (även riktnummer)

### Adress

Adress	
Postnummer och postadress	Telefon bostaden (även riktnummer)

### Önskad förskoleverksamhet ( markera alternativ med ett kryss i rutan)

Barnets personnummer ÅÅMMDD-XXXX	Barnets namn	För-skola	Fritids-hem	Plats önskas: (fr o m datum och avdelning)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Plats som erhållits på uppenbart oriktiga uppgifter kan komma att återtagas. Jag förbinder mig att anmäla eventuella förändringar i familjens sociala och ekonomiska situation och har tagit del av gällande taxa för förskoleverksamheten.

.....  
Datum

.....  
Underskrift sökande

.....  
Underskrift medsökande