

# Köplats till Förskolan Telningen

## Barn

Efternamn och förnamn	personnummer
Kön	Plats önskas fr.o.m. (år-månad)
Efternamn och förnamn	personnummer
Kön	Plats önskas fr.o.m. (år-månad)

## Vårdnadshavare

Vårdnadshavare efternamn och förnamn		
Adress		
Postnummer och postadress		
Telefon hem	Telefon mobil	e-post
Arbetsgivare/telefonnummer		

Vårdnadshavare efternamn och förnamn		
Adress		
Postnummer och postadress		
Telefon hem	Telefon mobil	e-post
Arbetsgivare/telefonnummer		

Skicka in denna blankett till oss och betala in köavgiften 50 kr. på vårt bankgiro 5647-7086.

Därefter erhåller ni köplats på Förskolan Telningen

Malmö den.....

.....  
Underskrift

Förskolans anteckningar Avgift erlagd datum

--	--	--	--	--

Förskolan Telningen

