

Köanmälan till Montessoriskolan Filosofen

Barnet

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress och postadress: _____

Föräldrar/vårdnadshavare

Namn: _____

Telefonnr: _____ Mobilnr: _____

Mailadress: _____

Namn: _____

Telefonnr: _____ Mobilnr: _____

Mailadress: _____

Ev. syskon (namn och födelseår) på Montessoriskolan Filosofen eller annan förskola/skola? _____

Vilken/vilka verksamheter vill ni ställa ert barn i kö till?

Förskolan 1-5 år: _____

Förskoleklass: _____

Grundskolan åk 1-5: _____

Plats önskas fr.o.m.: _____

Övrig information: _____

Underskrift av båda vårdnadshavarna

Datum

Underskrift

Underskrift

Välkommen med er anmälan! Skriv ut och skicka till:

Montessoriskolan Filosofen
Box 125
265 22 Åstorp