



Köanmälan till Säbyholms Montessoriskola

Denna anmälan ifylles och skickas till nedan angivna adress.

Uppgifter om elev:

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Uppgifter om vårdnadshavare 1:

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel arbetet:
Postadress:	Tel bostad:
E-post:	Mobilnummer:

Uppgifter om vårdnadshavare 2:

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tel arbetet:
Postadress:	Tel bostad:
E-post:	Mobilnummer:

Uppgifter om önskad skolstart:

Önskad skolstart:	Årskurs:	Termin:
-------------------	----------	---------

Fritids:

Eleven önskar fritids: Ja Nej Fr.o.m datum _____ Hämtas kl. _____ Lämnas kl. _____

Uppgifter om nuvarande skola:

Skolans namn:	Kommun:
---------------	---------

Vårdnadshavares underskrifter:

Datum:	Underskrift, vårdnadshavare 1:
Datum:	Underskrift, vårdnadshavare 2: