



Ansökan om barnomsorgsplats

Välkommen att anmäla ert barn till barnomsorgskö!

Fyll i en ansökan per barn. Inlämna blanketten tidigast sex månader för, men senast fyra månader innan plats önskas.
Vi ber er läsa *Taxa och regler* för information om tillämpningsregler.

Uppgifter om vårdnadshavare 1

| | | | |
|--|----------------|---------------------------|-----------------|
| Namn vårdnadshavare 1 (efternamn, förnamn) | | Personnummer (10 siffror) | Arbetstid |
| Adress | | Postnummer och ort | Arbetsökande |
| Arbetsplats/skola | Telefon bostad | Telefon arbetsplats/skola | Studerar på SFI |

Uppgifter om vårdnadshavare 2

| | | | |
|--|----------------|---------------------------|-----------------|
| Namn vårdnadshavare 2 (efternamn, förnamn) | | Personnummer (10 siffror) | Arbetstider |
| Adress | | Postnummer och ort | Arbetsökande |
| Arbetsplats/skola | Telefon bostad | Telefon arbetsplats/skola | Studerar på SFI |

Uppgifter om make/maka/sammanboende

| | | | |
|---------------------------|----------------|---------------------------|-----------------|
| Namn (efternamn, förnamn) | | Personnummer (10 siffror) | Arbetstid |
| Adress | | Postnummer och ort | Arbetsökande |
| Arbetsplats/skola | Telefon bostad | Telefon arbetsplats/skola | Studerar på SFI |

Uppgifter om barn

| | |
|--------------|---------------------------|
| Barnets namn | Personnummer (10 siffror) |
|--------------|---------------------------|

När ni fyller i denna blankett kommer era personuppgifter att registreras i Lilla Edet kommuns verksamhetssystem.
Mer information om hur Lilla Edets kommun hanterar personuppgifter hittar du på lillaedet.se/personuppgifter

Förskolebarn 1-5 år – Alternativ 1 är ert förstahandsval.

Angi minst ett alternativ, t ex en särskild förskola eller boendeområde.

| | | |
|---------------|---------------|---------------|
| Alternativ 1: | Alternativ 2: | Alternativ 3: |
|---------------|---------------|---------------|

Ytterligare barn som är anmälda

| | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Personnummer (10 siffror) | Personnummer (10 siffror) | Personnummer (10 siffror) |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

Alla ovanstående uppgifter är riktiga och fullständiga

| | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Datum | | |
| Underskrift Vårdnadshavare 1 | Underskrift Vårdnadshavare 2 | Make/maka/sammanboende |

Vid gemensam vårdnad underskrift av båda vårdnadshavare.