

Ansökan till tvåspråkig inriktning Floraskolan

Personuppgifter

Barnets namn	Personnummer
Nuvarande förskola/skola	Kommun (om annan är Skellefteå)
Har gått svensk skola minst fyra år, gäller elever i åk 4 och uppåt <input type="checkbox"/>	
Modersmål om annat än svenska _____	

Önskad skola

Önskar skola i första hand Floraskolan tvåspråkig inriktning	Önskat datum för skolstart
Önskad skola i andra hand	
Önskar skola i tredje hand	
Vårt barn går/ska börja i årskurs	

Vårdnadshavarens personnummer	Vårdnadshavarens namn	
Adress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer	

Vårdnadshavarens personnummer	Vårdnadshavarens namn	
Adress	Postnummer	Ort
E-post	Telefonnummer	

Underskrift vårdnadshavare (Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna) Obligatorisk uppgift

Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/>	Enskild vårdnad <input type="checkbox"/>
Underskrift	Datum
Underskrift	Datum

Blanketten skickas eller lämnas till Kundtjänst, Skellefteå kommun, 931 85 Skellefteå