

Fylls i av förskolan: Inkom datum _____ Syskonförtur? _____

Önskemål om placering på Solstrålens Förskola

Barnets tilltalsnamn och efternamn
Barnets personnummer
Gatuadress
Postnummer och postadress

Ange gemensam/delad eller ensam vårdnad? _____

Vårdnadshavare 1 namn och efternamn

Vårdnadshavare 1 mail och telefonnummer

Vårdnadshavare 2 namn och efternamn

Vårdnadshavare 2 mail och telefonnummer

Ansöker om plats med omsorgsbehov över 15h/vecka ☐

Ansöker om plats med omsorgsbehov under 15h/vecka ☐

Är vårdnadshavare arbetssökande/föräldraledig vid placering? _____

Om ändring av omsorgsbehov uppstår innan barnet börjar på förskolan ska en ändring av omsorgsbehov göras senast 2 månader innan aktuellt datum. Kontakta rektor.

Placering önskas från och med startdatum _____

Vi intygar att uppgifterna är riktiga:

Ort och Datum

Vårdnadshavare 1 underskrift

Ort och Datum

Vårdnadshavare 2 underskrift

Blanketten skickas till: Solstrålens förskola Ånaryd 56393 Gränna

rektor@forskolansolstralen.nu

Vid frågor ring 070-731 27 04

Ändring av barnomsorgsplats över/under 15 timmar

Barnets namn _____

Barnets personnummer _____

Nytt omsorgsbehov

Tiden för denna ändring är två månader innan angivet startdatum.

Avgiften debiteras t o m uppsägningstidens slut.

Det finns tre olika alternativ, skriv startdatum på det alternativ ni önskar

❖ Sk "15timmars-plats (följer förskolans angivna tider)

Gäller föräldralediga och arbetssökande

Önskar byta till max 15h/vecka-plats på förskolans angivna tider med startdatum: _____

Om barnet inte är allmänt förskolebarn (innan aug det året barnet fyller 3)

Vi väljer att betala avgift och barnet får gå på skolans lov dagar: ☐

Vi väljer att inte betala avgift och barnen är ledig skolans lov dagar: ☐

❖ Max 15 h eget schema

Gäller om alla vårdhandshavare arbetar men barnet inte har behov av omsorg mer än 15h/vecka, dock enligt eget schema

Önskar byta till max 15h/vecka-plats utifrån eget schema med startdatum: _____

❖ Över 15 h eget schema

Gäller om alla vårdnadshavare arbetar och omsorgsbehovet är över 15h/v.

Önskar byta till över 15h/vecka-plats med startdatum: _____

Underskrifter behövs av samtliga vårdhandshavare

Underskrift och datum

Namnförtydligande

Underskrift och datum

Namnförtydligande

Blanketten lämnas till rektorn

Anmälan mottagen den: _____ Underskrift rektor: _____

Uppsägning av barnomsorgsplats

Barnets namn _____

Barnets personnummer _____

*Uppsägningstiden är två månader för barn i förskoleverksamhet.
Avgiften debiteras t o m uppsägningstidens slut.*

Orsak till uppsägning:

Underskrifter behövs av samtliga vårdhandshavare

Underskrift och datum

Namnförtydligande

Underskrift och datum

Namnförtydligande

Blanketten lämnas till rektor

Anmälan mottagen den: _____
Underskrift rektor

