

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Önskas plats under pågående läsår sker prövning med hänsyn till plats och kö till skolan |
|--|

Elev

Personnummer (ååmmdd-XXXX)	För-och efternamn
----------------------------	-------------------

Om barnet finns i förskoleverksamhet, vilken är den nuvarande förskolan?

Förskolans namn

Vi önskar att barnet börjar på Gottne Byskola

Läsår	Fr.o.m datum	Årskurs (klass F-6)
-------	--------------	---------------------

Övriga upplysningar (behov av specialkost, allergier m m)

--

Vi är i behov av fritidsplats (ja/nej)

Vi är i behov av skolskjuts inom Gottnebygden (ja/nej)

--	--

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

För- och efternamn		För- och efternamn	
Adress		Adress	
Personnummer (ååmmdd-xxxx)		Personnummer (ååmmdd-xxxx)	
Postadress		Postadress	
E-post		E-post	
Telefon, hem	Mobiltelefon	Telefon, hem	Mobiltelefon
Telefon, arbete		Telefon, arbete	

Fortsättning på nästa sida.

Vårdnadshavare 1**Skolans arbetsgrupper**

Rangordna i vilken arbetsgrupp du önskar ingå.

Skriv 1 för det du önskar i första hand, 2 för det i andra hand och 3 för det du önskar i tredje hand.

	Fastighet
	Innegrupp
	Utegrupp
	Styrelse
	Är redan med i en grupp

Ort och datum

Underskrift

Vårdnadshavare 2**Skolans arbetsgrupper**

Rangordna i vilken arbetsgrupp du önskar ingå.

Skriv 1 för det du önskar i första hand, 2 för det i andra hand och 3 för det du önskar i tredje hand.

	Fastighet
	Innegrupp
	Utegrupp
	Styrelse
	Är redan med i en grupp

Ort och datum

Underskrift

Personuppgifterna behandlas i överensstämmelse med GDPR-lagen. Personuppgifter kommer att användas för att kunna utföra skolans uppdrag samt kommunikation i skolans arbetsgrupper.

***Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan**

Skolans noteringar:	Antagen	Sign
----------------------------	----------------	-------------