

Köanmälan

Barnets namn	Personnummer
Vårdnadshavare	Vårdnadshavare
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telefon	Telefon
E-postadress	E-postadress
Ev syskon på Vitsippan eller Morups friskola	Önskat placeringsdatum

Ort & datum _____

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Vi godkänner att insamling och behandling av personuppgifter sker enligt
GDPR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ja Nej

Skickas till: Vitsippans förskola

Långåsvägen 15

31190 Morup