



Intresseanmälan till Säbyholms Montessoriskola

Denna anmälan ifylles och skickas till nedan angivna adress.

Uppgifter om elev:

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Uppgifter om vårdnadshavare 1:

Namn:	Personnummer:	
Adress:		
Postadress:	Telefon bostad:	Telefon arbete:
E-mail:	Mobil:	

Uppgifter om vårdnadshavare 2:

Namn:	Personnummer:	
Adress:		
Postadress:	Telefon bostad:	Telefon arbete:
E-mail:	Mobil:	

Uppgifter om önskad skolstart:

Önskad skolstart på Säbyholm:	Årskurs:
-------------------------------	----------

Fritids

Eleven kommer att gå på fritids : JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	
Fr.o.m. datum:	Tid för lämning och hämtning:

Uppgifter om nuvarande skola:

Skolans namn:	Kommun:
---------------	---------

Underskrift

Datum:	Underskrift vårdnadshavare 1:
Datum:	Underskrift vårdnadshavare 2: