



# PERSTORPS KOMMUN

Barnomsorgen  
284 85 PERSTORP  
Tel: 0435-39000

## ANSÖKAN OM FÖRSKOLE- / FRITIDSHEMSPLATS

Förskola / Familjedaghem

Fritidshem

### Barnet

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postnr	Ortsnamn

### Moder/sambo

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Postadress
Arbetsgivare/Arbetsplats	Telefonnummer arbete/skola	Mobilnummer

### Fader/sambo

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Postadress
Arbetsgivare/Arbetsplats	Telefonnummer arbete/skola	Mobilnummer

### Orsak placering

Moder/sambo	Arbete <input type="checkbox"/>	Studier <input type="checkbox"/>	Föräldraledighet <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>
Fader/sambo	Arbete <input type="checkbox"/>	Studier <input type="checkbox"/>	Föräldraledighet <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>

### Civilstånd

<input type="checkbox"/> Gifta	<input type="checkbox"/> Sambo, barnet gemensamt	<input type="checkbox"/> Sambo, barnet ej gemensamt	<input type="checkbox"/> Ensamstående	<input type="checkbox"/> Ensamstående vårdnadshavare
Vårdnadshavare om barnet ej är gemensamt <input type="checkbox"/> Kvinnan <input type="checkbox"/> Mannen			Annat hemspråk än svenska	

### Önskemål om placering, namn (gäller endast förskola / familjedaghem)

Alt 1	Alt 2	Alt 3
-------	-------	-------

### Vistelsetid

Uppskattat omsorgsbehov (behöver ej ifyllas när man ansöker om fritids) <input type="checkbox"/> - 15 tim/v <input type="checkbox"/> 15 - 28 tim/v <input type="checkbox"/> 28 tim/v - <input type="checkbox"/> obekvämtid	Önskat datum för placering
---	----------------------------

### Övriga upplysningar

Särskilda vårdbehov m m (barnet rörelsehämmat, sjukdom, allergier, etc)
---

### Underskrift vårdnadshavare

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift
	Namnförtydligande	Namnförtydligande