



KÖANMÄLAN

	Förälder 1	Förälder 2
Namn		
Adress		
Postadress		
Telefon hem		
Telefon arbete		
Mobiltelefon		
E-postadress		
Personnummer		

Barnets namn	Personnummer	Tillsynsbehov (timmar/vecka)	Vill börja detta datum

Vid 15 tim/vecka kryssa i anledning nedan

Föräldraledig Arbetslös Har ej behov av mer

Linköping den _____ Linköping den _____

Underskrift förälder 1

Underskrift förälder 2

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Anmälan mottagen den _____

Underskrift mottagare

Namnförtydligande