



ÄLVSBYNS  
KOMMUN

Kommunledningskontoret  
Tfn 0929 – 171 51

## ANSÖKAN om plats i kommunal förskoleverksamhet

Plats i förskola kommer att erbjudas inom 4 månader.

Barnets personnummer + dossiernr. anges för asylsökande	Barnets namn	Vårdnadshavaren ansöker om plats på grund av
		(ange alternativ med X)
		Arbete, studier <input type="checkbox"/>
		Arbetsökande <input type="checkbox"/>
		Föräldraledighet med syskon 1-3 år <input type="checkbox"/>
		Allmän förskola för barnet <input type="checkbox"/>

Ange namn på önskad förskola	Plats önskas fr o m	Modersmål
		I hemmet pratar en eller båda av barnets vårdnads- havare annat modersmål än svenska <input type="checkbox"/>
		Ange språk .....

### Personuppgifter för hushållet

#### Sökande - vårdnadshavare 1

Namn	Personnummer
Adress	Tfn bostad/mobil tfn
Postadress	e-post
Arbetsgivare/Utbildning	Tfn arbete/skola

#### Vårdnadshavare 2

Namn	Personnummer
Adress	Tfn bostad/mobil tfn
Postadress	e-post
Arbetsgivare/Utbildning	Tfn arbete/skola

#### Medsökande (sambo)

Namn	Personnummer
Adress	Tfn bostad/mobil tfn
Postadress	
Arbetsgivare/Utbildning	Tfn arbete/skola

### Rutiner vid gemensam vårdnad, ej sammanboende och barnet/barnen har växelvis boende.

Om bägge vårdnadshavarna har behov av plats i förskola skall båda vara platsinnehavare och då lämna in var sin ansökan om förskola. Avgiften grundas på den sammanlagda inkomsten i respektive platsinnehavares hushåll.

vänd

Civilstånd/samboförhållande

Gifta/sambo, gemensamma barn <input type="checkbox"/>	Gifta/sambo, ej gemensamma barn <input type="checkbox"/>	Ensamvårdare <input type="checkbox"/>	Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/>
Antal övriga barn med kommunal barnomsorg		Förskola/avdelning:	

En köbekräftelse skickas till er via e-post efter registrering av ansökan.

**Blanketten måste vara fullständigt ifylld för att kunna behandlas.**

Om båda föräldrarna är vårdnadshavare ska båda skriva under blanketten.

Plats som erhållits på uppenbara oriktiga uppgifter, kan komma att tas tillbaka.

Jag/vi förbinder oss att anmäla eventuella förändringar i familjens sociala och ekonomiska situation.

\_\_\_\_\_  
Datum/underskrift vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Datum/underskrift vårdnadshavare

**Ansökan skickas till**

**ÄLVSBYNS KOMMUN  
Kommunledningskontoret  
942 85 ÄLVSBYN**

Personuppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen.

De uppgifter du lämnar, samt sådana uppgifter som kommer från Riksskatteverkets befolkningsregister kommer att ligga till grund för förskole- och skoladministration.