



ANSÖKAN FÖRSKOLA I ANNAN KOMMUN ÄN VILKEN BARNET ÄR FOLKBOKFÖRT

FINSPÅNG

BARN

Barnets efternamn och fullständiga förnamn			
Adress		Postnr, postadress	
Personnummer		Folkbokföringskommun	

VÅRDNADSHAVARE 1

Vårdnadshavarens efternamn och förnamn		Telefon dagtid	Telefon kvällstid
Adress		Postnr, postadress	

VÅRDNADSHAVARE 2

Vårdnadshavarens efternamn och förnamn		Telefon dagtid	Telefon kvällstid
Adress		Postnr, postadress	

Önskad förskoleplats Namn på förskolan		Mottagande kommun	
---	--	-------------------	--

Datum fr.o.m – t.o.m	
----------------------	--

Skäl till ansökan (om inte utrymmet räcker skriv gärna på separat papper)

--

Kom ihåg att meddela Finspångs kommun när plats erhålles samt att skicka in inkomststoppgift och tillsynstid. Du som vårdnadshavare har ansvar för att meddela förändringar till din hemkommun.

Underskrift/-er (vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under)

Ort och datum	<input type="checkbox"/> Jag är ensam vårdnadshavare
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2

De uppgifter som Du lämnar, samt ev sådana uppgifter som kommer från folkbokföringsmyndigheten, kommer att föras in i kommunens dataregister. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i datalagen och personuppgiftslagen.

**Skicka ansökan till ansvarig för mottagande verksamhet
Exempelvis: Kommunal verksamhet, föräldrakooperativ etc.**

YTTRANDE FRÅN MOTTAGANDE VERKSAMHET

<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas from _____ dock längst tom		
<input type="checkbox"/> Ansökan avslås enligt nedanstående motivering		
Datum	Beslutande	Telefon

Ansökan återsändes efter yttrande till Sektor barn-och ungdom, 612 80 Finspångs kommun

BESLUT I MOTTAGANDE KOMMUN

<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas from _____		Kommun
<input type="checkbox"/> Ansökan avslås enligt nedanstående motivering		
Datum	Beslutande	Telefon

BESLUT I FOLKBOKFÖRINGSKOMMUNEN

<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas from _____ dock längst tom		
<input type="checkbox"/> Ansökan avslås enligt nedanstående motivering		
Datum	Beslutande	Telefon