

KÖANMÄLAN

OBS! En blankett för varje barn.

Barnets namn: _____ pers.nr. _____

Vårdnadshavare/räkningsmottagare

Namn:

_____ pers.nr. _____
Adress m. postnr. och ort

_____ mobilnr _____
Arbetsplats/skola:

_____ tel. arb _____
Email adress:

Vårdnadshavare

Namn:

_____ pers.nr. _____
Adress m. postnr. och ort

_____ mobilnr _____
Arbetsplats/skola:

_____ tel. arb _____
Email adress:

Placering önskas från och med _____

Önskat behov:

☐

0-15 tim/vecka

☐

mer än 15 tim./vecka

Vid mer än 15 tim/vecka, ange om
möjligt genomsnittstid/vecka:

Övriga upplysningar (sjukdomar, allergier, talas annat språk än svenska i hemmet m.m.)
