Stenungsunds Montessoriskola EK

Ansökan om plats på Stenungsunds Montessoriförskola

Barnets namn

Namn			Personnummer
Adress	Postnummer	Postort	Hemtelefon
Plats önskas från och med: (inkl. 2 veckors inskolning. Det är lättast att få plats i juni)			

Ytterligare syskon anmälda till Montessoriförskolan/skolan:

Namn	Födelsedatum
Namn	Födelsedatum

Vårdnadshavare 1

Namn			Personnummer
Adress	Postnummer	Postort	Mobilnummer
Mailadress			Tel. arbete

Vårdnadshavare 2

Namn			Personnummer
Adress	Postnummer	Postort	Mobilnummer
Mailadress			Tel. arbete
Vi vill gärna veta varför du är intresserad av en plats på Montessoriförskolan:			
Något av värde för personalen att känna till:			

Härmed intygas att samtliga uppgifter i denna ansökan är korrekta samt att inga betydande uppgifter har utelämnats. Antas barnet kommer inlämnade uppgifter att ligga till grund för registrering i vårt elevadministriva system. Vi följer den nya dataskyddsförordningen, GDPR, 2016/679/EU, som har till syfte att stärka skyddet för personer vid hantering av personuppgifter inom EU.

Ort och datum _____ Underskrift vårdnadshavare 1 _____ Namnförtydligande	Ort och datum _____ Underskrift vårdnadshavare 2 _____ Namnförtydligande

Stenungsunds Montessoriförskola Sjöstjärnan
Länsmansvägen 2
444 31 Stenungsund

www.stenungsundsmontessori.se
emma.karlsson@stenungsundsmontessori.se