



Barnets förnamn	Barnets efternamn
Barnets personnummer (ååmmdd-nnnn)	Barnets modersmål
Barnets folkbokföringsadress (Gatuadress)	Startår
Barnets postnummer & postort	Startmånad

Syskon på samma skola/förskola? Fyll i syskonets personnummer nedan

(ååmmdd-nnnn)	(ååmmdd-nnnn)
---------------	---------------

### Vårdnadshavare 1

Förnamn	Efternamn
E-post	Personnummer (ååmmdd-nnnn)
Folkbokföringsadress (Gatuadress)	Postnummer
Postort	Telefonnummer

### Vårdnadshavare 2

Förnamn	Efternamn
E-post	Personnummer (ååmmdd-nnnn)
Folkbokföringsadress (Gatuadress)	Postnummer
Postort	Telefonnummer

### Underskrift

Vårdnadshavare 1

---

Vårdnadshavare 2

---



Övrig information som vi kan tänkas behöva veta

Fyll i blanketten för att sedan skanna/fota och skicka till [koplats.sagan@alvboda.se](mailto:koplats.sagan@alvboda.se) eller skicka blanketten via brev till Älvboda Friskola, Gävlevägen 58, 814 41 Skutskär. Det går även bra att komma förbi skolan och lämna blanketten till administrationen.