



ANMÄLAN TILL FÖRSKOLAN

.....
Namn

.....
Personnummer

Önskar börja
År månad

Konfession : Katolsk Annan :

Moders namn

Telefon arbete

Faders namn

Telefon arbete

Bostadsadress

Telefon hem

Postnummer

Ort

Kontaktperson om ej föräldrar kan nås

Mitt barn är allergiskt mot

Mitt barn har haft följande barnsjukdomar :

Ja Nej

Kikhosta
Mässling
Påssjuka
Vattkoppar
Scharlakansfeber
Annan sjukdom

Mitt barn är vaccinerat mot :

Ja Nej

Polio
Mässling
Påssjuka
Röda hund