



**INKOMSTUPPGIFT FÖR
BARNOMSORGSPLATS**

Sida 1 (2)

Ifylld blankett skickas till:

Dagens datum

Granviks Förskola
Granviksvägen 30
236 33 Höllviken

PERSONUPPGIFTER
Vårdnadshavare

Efternamn		Förnamn		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)		Postnummer	Postort	
Telefonnummer (även riktnr)	Mobilnummer		E-postadress	

Make/maka/registrerad partner/sambo

Efternamn		Förnamn		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)		Postnummer	Postort	
Telefonnummer (även riktnr)	Mobilnummer		E-postadress	

Barn i förskola

Barn 1

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

Barn 2

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

Barn 3

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------