



Ansökan till Floda friskola

Elevers förnamn

Efternamn

Personnummer

Nuvarande placering årskurs, förskoleverksamhet

Intresserad av placering. HT eller VT, årtal och årskurs

Behov av skolbarnomsorg?

Vårdnadshavare 1, Förnamn

Efternamn

Adress

E-post

Telefonnummer hem

Tfn arbetet

Mobiltelefon

Vårdnadshavare 2, Förnamn

Efternamn

Adress

E-post

Telefonnummer hem

Tfn arbetet

Mobiltelefon

Datum

Underskrift vårdnadshavare 1

Datum

Underskrift vårdnadshavare 2

Skicka ansökan till:

Floda friskola

Karin Bennerhed

Flodafors

641 97 KATRINEHOLM

Vid frågor om ansökan vänligen ring 0150-678187 eller e-post karinb@flodafriskola.se