|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1 BARNETS PERSONUPPGIFTER** | **Efternamn och förnamn** | **Personbeteckning** |
| **Adress** | **Postnummer och -anstalt** |
| **Skola och årskurs** | **Läsår som ansökan gäller** |
| **Övriga saker som bör beaktas gällande barnet: allergier, sjukdomar, meidicinering el.dyl.** | |
| **2 VÅRDNADS-HAVARNA (den som betalar räkningen och den andra vårdnadshavaren)** | **Den betalande vårdnadshavaren** | **Telefonnummer hem/jobb** |
| **Adress (om annan än barnets)** | **E-post** |
| **Kontaktuppgifter på vilka du är anträffbar på eftermiddagar** | |
| **Den andra vårdnadshavaren** | **tfn hem/jobb** |
| **Adress (om annan än barnets)** | **e-post** |
| **Kontaktuppgifter på vilka du är anträffbar på eftermiddagar** | |
| **3 DELTAGANDE I EFTERMIDDAGS-VERKSAMHET** | **Datum då barnet inleder eftermiddagsverksamheten**       /      202       **Behov av eftermiddagsverksamhet:**  3 dagar/vecka till kl. 17.00 (80 €/månad)  5 dagar/vecka till kl. 16.00 (110 €/månad)  5 dagar/vecka till kl. 17.00 (130 €/månad) | |
| **4**  **DELTAGANDE I MORGON-VERKSAMHET** | Mitt barn deltar **också** i morgonverksamheten. Morgonverksamhetens pris 30 €/månad ingår inte i månadsavgiften.  Mitt barn deltar **endast** i morgonverksamheten (30 €/månad) | |
| **5**  **ÖVRIG INFORMATION** |  | |
| **6**  **DATUM OCH UNDERSKRIFT** | Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och godkänner att de kontrolleras (uppgifterna i ansökan behandlas som konfidentiella).  **Datum:**       /      202      **Underskrift:** | |

**Ansökan returneras till koordinatorerna för eftermiddagsverksamheten.**