



Anmälan till Karlskrona Montessorifriskola

Vårt barn heter:	Personnummer: (10 siffror)	<input type="text"/>
Gatuadress:		
Postnummer:	Postadress:	
Telefon hem:	mobil:	
Mailadress:		

Eventuell information till personalen: _____

Vårt barn har tidigare gått på Montessori förskola/skola: _____

Vårt barn har syskon på Karlskrona Montessorifriskola: _____

När önskar ni att ert barn skall börja på skolan(år): _____

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Ort och datum

Ort och datum

Ansökan inkom:

Skicka din anmälan till:
Gunilla Eriksson
Karlskrona Montessorifriskola AB
Äspeskär, Gullberna Park
371 54 Karlskrona