



ÖVERTORNEÅ KOMMUN

Ansökan om kvälls- och nattomsorg

Önskar plats fr o m (inskolning inräknad)

År	Månad	Dag

Behov av tillsyn

Kvällar	Nätter	Helger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sökande: Förälder/Sammanboende

Maka/Sambo efternamn	Förnamn	Personnr	Telefon till arbetet
Maka/Sambo efternamn	Förnamn	Personnr	Telefon till arbetet
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	Telefon bostad

Civilstånd

Gifta	Sambo	Ensamstående	Vårdnadshavare om barnet ej är gemensamt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kvinnan <input type="checkbox"/> Mannen <input type="checkbox"/>

Barn

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Efternamn	Förnamn	Personnummer
Efternamn	Förnamn	Personnummer

Särskilda upplysningar av betydelse för placeringen

Handikapp/sjukdom	Allergi

Övriga upplysningar

Riktigheten av ovan angivna uppgifter intygas

Datum	Namnteckning	Namnteckning

Blanketten skickas till:
Övertorneå kommun
Barn- och utbildningsförvaltning
Tingshusvägen 2
957 85 Övertorneå

Kontakt:
Birgitta Nilsson
Förskolechef
Tel 0927-720 51
e-post: birgitta.nilsson@overtornea.se