

Tom Tits Experiment

Intresseanmälan för plats på Tom Tits Förskola

Barn 1

Personnummer	
För – efternamn	

Barn 2

Personnummer	
För – efternamn	

Barn 3

Personnummer	
För – efternamn	

Vårdnadshavare

Personnummer	
För- efternamn	
Adress	
Postnummer	
Postadress	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-post	

Vårdnadshavare

Personnummer	
För- efternamn	
Adress	
Postnummer	
Postadress	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-post	

Önskar plats fr.o.m	
------------------------	--

Underskrift Vårdnadshavare

Genom er underskrift ger ni ert samtycke till Tom Tits förskolas registrering av era personuppgifter.

Datum

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare