

Hålandsdalen
Montessoriskule

Barnet sitt navn:		Gut ☐	Fødd:
		Jente ☐	
Adressa:	Postnr:	Poststad:	
Sysken (navn og alder):			
Forhold som SFO må være kjent med (sjukdom, allergi, o.l.):			
Søknaden gjelder for skuleåret: 2019/2020			

Føresatt 1			
Etternamn:	Fornamn:	F.nr.(11 siffer):	Telefon privat:
Adressa:		Postnr:	Poststad:
Arbeidsgjevar:		Telefon arbeid:	Mobiltelefon:

Føresatt 2			
Etternamn:	Fornamn:	F.nr.:	Telefon privat:
Adressa:		Postnr:	Poststad:
Arbeidsgjevar:		Telefon arbeid:	Mobiltelefon:

[illegible]

Merknader til ønska tilbod:

Dersom barnet sluttar før utgangen av skuleåret, må plassen seiast opp. Oppseiing og endring av plass må skje skriftleg med ein månad varsel gjeldande frå den 1. i påfølgande månad. Ved oppseiing/endring av plass etter 1.april må det betalast til og med juni månad.

Dato: _____ Underskrift: _____

Søknadsfrist: 12. april 2019