



# Filosofiska

## Ansökan om plats på Filosofiska i Skarpnäck

Elevens tilltalsnamn:	Personnummer:
Elevens efternamn:	
Folkbokföringsadress:	Postnummer:
Ort:	Kommun:

## Nuvarande förskola/skola

Skolans namn:	Klass:
Gatuadress:	Postnummer:
Ort:	Kommun:

## Söker till följande klass:

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Förskoleklass | <input type="checkbox"/> Åk 1 | <input type="checkbox"/> Åk 2 |
| <input type="checkbox"/> Åk 3          | <input type="checkbox"/> Åk 4 | <input type="checkbox"/> Åk 5 |
| <input type="checkbox"/> Åk 6          | <input type="checkbox"/> Åk 7 | <input type="checkbox"/> Åk 8 |

Önskat startdatum : 20\_\_-\_\_-\_\_

## Vårdnadshavare 1

Tilltalsnamn:	Efternamn:
Gatuadress:	Postnummer:
Ort:	Kommun:
Telefon/mobil:	Mejladress:

## Vårdnadshavare 2\*

Tilltalsnamn:	Efternamn:
Gatuadress:	Postnummer:
Ort:	Kommun:
Telefon/mobil:	Mejladress:

Ort: \_\_\_\_\_ den 20\_\_-\_\_-\_\_

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavare 1

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavare 2

Vid ensam vårdnad av eleven ska detta styrkas med intyg\*