

Ansökan till Backeboskolans kö

Datum:	
Barnets namn:	Personnummer:
Namn på syskon som är eller har varit elev på Backeboskolan	
Vårdnadshavare 1	
Namn:	
Adress:	
Postadress:	
Telefonnummer:	
E-mail:	
Vårdnadshavare 2	
Namn:	
Adress:	
Postadress:	
Telefonnummer:	
Email:	

För att ställa ert barn i Backeboskolans kö fyller ni i den här blanketten (samtliga uppgifter) och skickar in blanketten till

Backeboskolan
Vikingshillsvägen 68
132 37 Saltsjö-Boo

OBS! Det är viktigt att ni fyller i vilket datum ni skickar in blanketten eftersom det kommer att bli ert ködatum.

Har ni några frågor eller fundering är ni välkommen att kontakta oss på 08-747 90 10 eller isa.bohlin@backeboskolan.se