

Ansökan till Backeboskolans grundskola

Datum:			
Barnets namn:		Personnummer:	
Namn på syskon som är inskriven på Backeboskolan grundskola			
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