VITTRA

Ansökan till skolan

Uppgift om plats

Plats på Vittra Gävle önskas från och med datum (år/månad/dag)	Ankomstdatum (fylls i av skolan)

Uppgifter om barnet

Namn (för- och efternamn)	Personnummer (10 siffror)
Folkbokföringsadress	Postadress och postort
Modersmål	Plats på fritidshem önskas (ja/nej)
Tidigare förskola/skola	
Övriga uppgifter som kan vara av betydelse för skolan att känna till	

*__OBS!__ Vid önskan om plats på Fritidshem skall blanketten Ansökan till Fritidshem bifogas.

Uppgifter om vårdnadshavare 1

Namn (för- och efternamn)	Personnummer (10 siffror)
Folkbokföringsadress	Postadress och ort
E-post	Mobiltelefon
Sysselsättning	Vårdnad (ensam/gemensam)

Vittra Gävle
Vinddraget 20 B
802 77 Gävle

070-372 22 40 (F-åk 1)
070-229 11 41 (åk 2-3)
073-098 85 94 (åk 4-6)

070-796 18 12 (åk 7-9)
www.vittra.se/gavle

Arbetsplats/studiesäte	
Arbetsplats/studiesäte adress	Postadress och postort
Arbetsplats/studiesäte e-post	Arbetsplats/studiesäte telefon

Uppgifter om vårdnadshavare 2 (vid gemensam vårdnad)

Namn (för- och efternamn)	Personnummer (10 siffror)
Folkbokföringsadress	Postadress och ort
E-post	Mobiltelefon
Sysselsättning	Vårdnad (ensam/gemensam)
Arbetsplats/studiesäte	
Arbetsplats/studiesäte adress	Postadress och postort
Arbetsplats/studiesäte e-post	Arbetsplats/studiesäte telefon

Uppgifter om urval

Syskonförtur förespråkas (ja/nej)
Om syskonförtur förespråkas, ange syskonets för- och efternamn och personnummer (10 siffror)

*Syskonförtur kan endast förespråkas om ett syskon sedan tidigare är inskriven vid Vittra Gävle

Vittra Gävle
Vinddraget 20 B
802 77 Gävle

070-372 22 40 (F-åk 1)
070-229 11 41 (åk 2-3)
073-098 85 94 (åk 4-6)

070-796 18 12 (åk 7-9)
www.vittra.se/gavle

VITTRA

Uppgifter om kost (kryssa för ett alternativ)

Traditionell (fisk, kött)	
Vegetarisk (lakto-ovo)	
Religion (vegetariskt alt. då traditionellt alt. innehåller fläskkött)	
*Specialkost, ange vilken	

*OBS! Vid specialkost skall intyg från legitimerad sjukvårdspersonal eller specialistvård bifogas.

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är med verkligheten överensstämmande

Ort och datum	Ort och datum
*Vårdnadshavare 1 namnteckning	*Vårdnadshavare 2 namnteckning

*Vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavarnas underskrift.

Vittra Gävle
Vinddraget 20 B
802 77 Gävle

070-372 22 40 (F-åk 1)
070-229 11 41 (åk 2-3)
073-098 85 94 (åk 4-6)

070-796 18 12 (åk 7-9)
www.vittra.se/gavle