

MEDLEMSANSÖKAN

Vänligen fyll i informationen nedan och sänd till:

Mobackens Förskola
Att: Ordförande
Västerhus 115
894 91 Själevad
E-post: ordforande@mobackensforskola.se

Glöm inte att också fylla i din ansökan
på kommunens hemsida:
[Ansökan hos kommunen](#)

Kontaktuppgifter:

Vårnadshavare 1

Namn _____ Tel dagt. _____ Mobiltn. _____

E-post _____ Tel bost _____

Adress _____

Vårnadshavare 2

Namn _____ Tel dagt. _____ Mobiltn. _____

E-post _____ Tel bost _____

Adress _____

Barnets/Barnens namn

Födelsedatum (ÅÅ-MM-DD)

Preliminär tidpunkt för inskolning vid förskolan _____

Härmed ansöker vi om plats för vårt/våra barn på Mobackens förskola samt ansöker om medlemskap i Mobacken Kooperativ Ekonomiska Förening:

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Underskrift _____ Namnförtydligande _____

Medlemsavgiften är 200 kr/vårnadshavare och betalas in på bg 5311-4732 när styrelsen beviljat medlemsansökan.

MEDLEMSANSÖKAN

Föreningens anteckningar:

Medlemskap beviljat den _____