

Ansökningsblankett

Skickas till:

Assaredsskolan

Decenniumgatan 16

415 10 Göteborg

Barnets namn	Barnets personnummer (måste vara korrekt)	
Barnets adress	Barnets postnr	
Barnets telefon	Anmälan gäller årskurs	År (exempel HT eller VT 2008)
Barnets nuvarande placering i barnomsorg/skola	Telefonnummer till nuvarande skola/förskola	
Barnets nuvarande årskurs/grupp	Nuvarande lärare/förskollärare	
Skolbarnomsorg önskas. Gäller endast barn i årskurs 0-3 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Barnets modersmål	Undervisning i modersmål önskas <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Barnets tidigare språkval Åk 6 Åk 7 Åk8 Åk9	Barnet har följande särskilda behov	
Önskemål om språkval (B-språk). Ange prioritet med 1,2 eller 3 gäller endast barn i årskurs 6-9 <input type="checkbox"/> Tyska <input type="checkbox"/> Franska <input type="checkbox"/> Svenska/ Svenska som andra språk <input type="checkbox"/> Utökad engelska		

Vårdnadshavare 1	Telefon hem	Mobiltelefon
Adress	Postnr + ort	
Arbetsplats	Telefon arbete	E-post

Vårdnadshavare 2	Telefon hem	Mobiltelefon
Adress	Postnr + ort	
Arbetsplats	Telefon arbete	E-post

Syskon (som går på Assaredsskolan): namn och klass	Fler syskon (som anmälda till) Assaredsskolan	
	Namn	Personnummer
Syskon (som går på Assaredsskolan): namn och klass	Fler syskon (som anmälda till) Assaredsskolan	
	Namn	Personnummer
Underskrift vårdnadshavare 1	Underskrift vårdnadshavare 2	

I FYLLES EJ: Skolans uppgifter

Anmälningsdatum	Förnyad anmälan
Förnyad anmälan	Förnyad anmälan