

Ansökningsblankett

Skickas till:

Assaredsskolan

Decenniumgatan 13

415 36 Göteborg

Barnets namn	Barnets efternamn	Barnets personnummer (måste vara korrekt)	
Barnets adress		Barnets postnr	
Barnets telefon	Anmälan gäller årskurs	År (exempel Ht-20 eller Vt-21)	
Barnets nuvarande placering i skola/förskola		Telefonnummer till nuvarande skola/förskola	
Barnets nuvarande årskurs/grupp		Nuvarande lärare/förskollärare	
Skolbarnomsorg (fritidshem) önskas. Erbjuds till år då barnet fyller 13. <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 Åk 8 Åk 9		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"/> Spanska <input type="checkbox"/> Franska <input type="checkbox"/> Utökad engelska			

Vårdnadshavare 1	Telefonnummer	Ev. alternativt telefonnummer
Adress	Postnr + ort	
Arbetsplats	E-post	

Vårdnadshavare 2 (vid enskild vårdnad skriv det här)	Telefonnummer	Ev. alternativt telefonnummer
Adress	Postnr + ort	
Arbetsplats	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