Bergs kommun
Bïerjen tjïelte

Utbildningsnämnden
Box 73, 845 21 Svenstavik
0687-161 00

Skolval
- förskoleklass

Datum

Elevens namn	Personnummer
Annat modersmål än svenska (alt. minoritetsspråk)	**Om du svarat ja, ange språk**
☐ Ja ☐ Nej	
Namn på vårdnadshavare 1	**Namn på vårdnadshavare 2**
Adress	**Adress**
Postadress	**Postadress**
E-postadress	**E-postadress**

Telefon	Mobil	Telefon	Mobil

Önskad placering

☐ Hackås skola
☐ Klövsjö skola
☐ Ljungdalens skola
☐ Myrvikens skola
☐ Rätans skola
☐ Svenstaviks skola
☐ Åsarna skola
☐ Annat (*Vid val "annat" måste du själv också kontakta skolan för att ansöka om plats.)*

Underskrifter *(Vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavarnas underskrift)*

Datum och ort	Datum och ort
Namnförtydligande, Vårdnadshavare 1	**Namnförtydligande, Vårdnadshavare 2**

....
Underskrift, Vårdnadshavare 1 **Underskrift, Vårdnadshavare 2**

Ansökan skickas till: Bergs kommun, Box 73, 845 21 Svenstavik

Personuppgifter i blanketten behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Du godkänner att din information får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag och rättelser. För mer information, se www.berg.se/gdpr.