



---

## Intresseanmälan för barnomsorg på Föräldrakooperativet Kokillen

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Barnets personnr: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarens/Vårdnadshavarnas namn:

\_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 1 arbete, omfattning:

\_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 2 arbete, omfattning:

\_\_\_\_\_

Behov av barnomsorg i tid (tim/vecka):

\_\_\_\_\_

Önskad tidpunkt för inskolning:

\_\_\_\_\_

Övrig information om familjen/barnet t.ex. allergier, handikapp med mera:

\_\_\_\_\_

Ansökan skickas till [styrelsen@kokillen.se](mailto:styrelsen@kokillen.se) eller Föräldrakooperativet Kokillen, att. styrelsen, Herrgårdsvägen 18 71178 Guldsmedshyttan.