

Ansökningsblankett

Skickas till:

Assaredsskolan

Decenniumgatan 13

415 10 Göteborg

Barnets namn	Barnets efternamn	Barnets personnummer (måste vara korrekt)	
Barnets adress		Barnets postnr	
Barnets telefon	Anmälan gäller årskurs	År (exempel Ht-16 eller Vt-17)	
Barnets nuvarande placering i skola/förskola		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"/> Spanska <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