

Barn- och utbildningsförvaltningen

Uppgifter om vårdnadshavare - förälder

Namn			
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostaden	Telefon mobil	Telefon arbetet	E-post

Uppgifter om vårdnadshavare - förälder

Namn			
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostaden	Telefon mobil	Telefon arbetet	E-post

Barnet

Namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostaden			

Sjukperiod

Fr o m	T o m
--------	-------

Vid sammanhängande sjukfrånvaro på mer än 30 dagar reduceras avgiften med 50% under sjukperioden.

Ansökan sänds in tillsammans med kopia på läkarintyg till Din skolområdexpedition.

Vårdnadshavares underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Vårdnadshavares underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Post- och besöksadress**Telefon/fax**
0581-810 00 vxl
0581-131 29 fax**E-post/www**
kommun@lindesberg.se
www.lindesberg.se**Giro**
Bankgiro 821-3134**Organisationsnr:**
212000-2015