



Ansökan om plats på Persbergs friskola

Förskoleklass och grundskola 1-6

Ansökan gäller för åk: (Ring in ett alternativ): FK 1 2 3 4 5 6

Önskad start (välj ett alternativ): Så snart plats finns eller HT 20 _____

Elevens fullständiga personnummer och namn där tilltalsnamnet är understruket:

Vårdnadshavares namn:

Folkbokföringsadress:

Mobil:

Mail:

Nuvarande skola eleven går på:

Eleven behöver skolskjuts: Ja Nej

Eleven behöver fritidsplats: Ja Nej

Syskon, födelsedatum och namn (gäller syskon som inte är anmälda för plats i skolan. P.g.a. syskonförtur behövs statistik på antal barn i kö):

Övriga upplysningar:

Ort och datum: _____

Underskrifter:

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Ansökan skickas till: Persbergs friskola, Brusgårdsvägen 24, 682 40 Filipstad