

Umsókn um leikskólapláss í Sveitarfélaginu Hornafirði

Nafn leikskóla:

1. val _____

2. val _____

Nafn barns _____ Fd. og ár _____

Nöfn forráðamanna _____ Kt. _____

_____ Kt. _____

Heimili _____ Sími: _____

Netfang: _____

Vinnustaður _____ Sími: _____

Nöfn systkina _____

Vistunartími sem sótt er um, frá kl. _____ til kl. _____

Aðrar upplýsingar sem umsækjandi vill koma á framfæri:

Hornafirði, _____
Dags. og ár

Undirskrift umsækjanda

Umsókn berist til skólaskrifstofu, Hafnarbraut 27, 780 Hornafirði.

