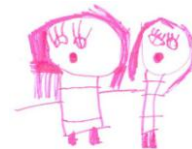




Umsókn um skólavist

Leikskólinn Gullkistan



Lindarbraut 6, 840 Laugarvatni, s. 486-1159, gullkistan@blaskogabyggd.is

Nafn barns:	Kennitala:
Heimilisfang:	

Nafn móður:	Kennitala:
Starf móður:	
Gsm:	Vinnusími:
Nafn föður:	Kennitala:
Starf föður:	
Gsm:	Vinnusími:
Heimasími:	Netfang:

Hjúskaparstaða: <input type="checkbox"/> Í hjúskap <input type="checkbox"/> Í sambúð <input type="checkbox"/> Einstæð/ur <input type="checkbox"/> Ekkja/ekkill
--

Systkin

Vistunartími: (Tími og fjöldi daga)

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

<u>Útfyllist af leikskólastjóra</u>	
Athugasemdir:	
Vistun hefst:	Vistun lýkur: