

OBS! LÄMNAS TILL MELLIZ SENAST DEN 8/6 FÖR ATT VARA GARANTERAD EN PLATS PÅ MELLIZ TILL HÖSTTERMINEN 2018, DÄREFTER TAR VI IN ELEVER I MÅN AV PLATS.

Mellanstadieverksamheten Björkhagens skola  
Karlskronavägen 10  
121 52 Johanneshov  
www.melliz.se  
08-508 15 890  
072-904 68 90



## ANSÖKAN OM PLATS PÅ MELLIZ

Namn: \_\_\_\_\_ Klass: \_\_\_\_\_

Personnummer (10 siffror): \_\_\_\_\_

Datum vi vill att platsen skall gälla från: ht 20\_\_\_\_ vt 20\_\_\_\_ annat datum: \_\_\_\_\_

Finns det syskon till eleven som är inskrivna på Melliz? \_\_\_\_\_ i klass \_\_\_\_\_

### Vårdnadshavare:

Förnamn: \_\_\_\_\_ Efternamn: \_\_\_\_\_

Ev c/o-adress: \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mejl: \_\_\_\_\_ Tel dagtid: \_\_\_\_\_

### Vårdnadshavare:

Förnamn: \_\_\_\_\_ Efternamn: \_\_\_\_\_

Ev c/o-adress: \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mejl: \_\_\_\_\_ Tel dagtid: \_\_\_\_\_

### Vårdnadshavares underskrift:

Stockholm den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

Stockholm den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

Observera att efter mottagandet av denna blankett får ni ytterligare en blankett: *Bekräftelse av plats på Melliz*. När vi har fått tillbaka bekräftelsen med er påskrift är barnet officiellt inskrivet.