



Refnr: _____
(Fylls i av Katarinaskolan)

KATARINASKOLAN

Anmälningssformulär - RESERVKÖ (för elever som redan har startat i åk 6-9)

ANMÄLAN AVSER Årskurs

1. Finns det syskon som går/har gått i Katarinaskolan?

Ja Nej

Syskons namn: _____ Klass/Läsår: _____

2. Finns det syskon som står i kö?

Ja Nej

Ange syskons refnr: _____

SÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Efternamn Förnamn

Personnummer -

Nuvarande skola som tillhörkommun

B-SPRÅK: franska spanska tyska ev. annat alternativ
(Ringa in det språk ert barn läser på nuvarande skola)

Modersmål (annat än svenska) Deltar i modersmålsundervisning
(Kryssa i om ovan stämmer)

Adress

Postnummer Ort

Telefon bostad- Telefon arbete-

Vårdnadshavare VH1..... VH2.....

E-postadress VH1

E-postadress VH2

Mobil VH1-..... Mobil VH2-.....

.....
Anmälningssdatum (**VIKTIGT**, fylls i av den sökande)
(år-månad-dag)

.....
Underskrift vårdnadshavare

.....
Namnförtydligande vårdnadshavare *TEXTA*

Ansökan sänds till:
Katarinaskolan Box1219 751 42 Uppsala
e-post kansliet@katarinaskolan.se