



Refnr: _____
(Fylls i av Katarinaskolan)

KATARINASKOLAN

Anmälningssformulär till elevkön

_____/_____
Anmälan avser läsår

(Fylls i av Katarinaskolan)

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

Syskons namn: _____ Klass/Läsår: _____

2. Finns det syskon som redan står i kö? Ja Nej

Ange syskons refnr: _____

SÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Efternamn Förnamn

Personnummer -

Adress

Postnummer..... Ort

Telefon bostad- Telefon arbete-

Vårdnadshavare VH1..... VH2.....

E-postadress VH1

E-postadress VH2

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

Nuvarande skola (om barnet har börjat skolan)

.....
(år-månad-dag)

Anmälningssdatum (VIKTIGT att det fylls i av den sökande)

.....
Underskrift vårdnadshavare

.....
TEXTA Namnförtydligande vårdnadshavare

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