



Refnr: \_\_\_\_\_  
(Fylls i av Katarinaskolan)

# KATARINASKOLAN

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

### ANMÄLAN AVSER ÅK

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: \_\_\_\_\_

### Elevens personuppgifter:

Efternamn ..... Förnamn .....

Personnummer  -

Nuvarande skola ..... som tillhör .....kommun

B-språk franska spanska tyska ev. annat alternativ .....  
(Ringa in det språk ert barn läser)

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

Adress .....

Postnummer..... Ort .....

Telefon bostad ..... - .....

Telefon arbete ..... - .....

E-postadress ..... Mobil.....

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

.....  
Underskrift vårdnadshavare

.....  
Underskrift vårdnadshavare

.....  
Namnförtydligande vårdnadshavare **TEXTA**

.....  
Namnförtydligande vårdnadshavare **TEXTA**

**Ansökan sänds till:**  
Katarinaskolan Box 1219 751 42 Uppsala  
eller via fax 018 - 10 24 66