



**Stockholms stad**

**Utbildningsförvaltningen**  
Avdelningen för ekonomi  
och styrning

**Överenskommelse om plats  
i enskilt driven verksamhet**

Enhetsnummer: 

0	4
---	---

4	0	9
---	---	---

7
---

 Familjedaghem pers. nr: \_\_\_\_\_

Tänk på att inte ange uppgifter som är sekretesskyddade

Enhetens namn Förskolan Aprikosen AB	Telefon 08-4717270
Enhetens adress Aprikosgatan 3, Box 3328	Postadress 16521 Hässelby

**Barnet**

Namn	Modersmål
Personnummer (obligatoriskt)	Telefon bostad
Bostadsadress	Postnummer och ort

**Familjeförhållanden**

Förälder / sammanboende

Förälder / sammanboende

<input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Arbetsökande		<input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Arbetsökande	
Efternamn och tilltalsnamn		Efternamn och tilltalsnamn	
Personnummer (obligatoriskt)	Telefon mobil	Personnummer (obligatoriskt)	Telefon mobil
Arbetsgivarens namn/Utbildningsanordnare	Telefon arbetet	Arbetsgivarens namn/Utbildningsanordnare	Telefon arbetet
Civilstånd och boendeförhållanden			
<input type="checkbox"/> Gifta <input type="checkbox"/> Ogifta		<input type="checkbox"/> Registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Sammanboende	

**Placering och vistelsetid**

Inskolningen startar åå-mm-dd	Avdelning
Skolbarn årskurs	Vistelseid, gäller endast förskolebarn
	<input type="checkbox"/> Heltid Mer än 30 tim/vecka <input type="checkbox"/> Deltid Upp t o m 30 tim/vecka
	Nyfött syskons pers.nr. (obligat.) _____ Halvt vårdnadsbidrag <input type="checkbox"/> 25 tim/vecka

**Lämna blanketten till Förskolan Aprikosen AB.**

Stockholm den _____	Stockholm den _____
Vårdnadshavare	Firmatecknare
Namnförtydligande	Ewa Duvedal Namnförtydligande