

Stiftelsen Katolska Skolan av Notre Dame

ELEV BYTER SKOLA

ANSÖKAN OM ELEVPLATS I KATOLSKA SKOLAN

Ansökan innebär inte att barnet kan göra anspråk på en plats i skolan.

BARN **Personnummer:** _____

Efternamn: _____

Förnamn: _____

flicka

katolik

pojke

icke katolik

Hemspråk: _____

MOR **Namn:** _____

Gatuadress: _____

Postnummer: _____ **Ort:** _____

Tel. bostad: _____ **Tel. arbete:** _____

FAR **Namn:** _____

Gatuadress: _____

Postnummer: _____ **Ort:** _____

Tel. bostad: _____ **Tel. arbete:** _____

SYSKON **Födelseår:** _____

Eventuella upplysningar och önskemål: _____

Förälders underskrift: _____ **Datum:** _____

v.g. vänd 

Stiftelsen Katolska Skolan av Notre Dame

KOMPLETTERANDE UPPGIFTER OM ELEV SOM VILL BYTA SKOLA

Började 1:a klass som 6-åring 7-åring

Nuvarande skola: _____ Tel: _____

Klassföreståndare : _____ Tel: _____

Orsak till skolbyte: _____

Vilka förväntningar har ni på vår skola? _____

Har ni tagit del av skolans målsättning?

Ja

Nej

Stödjer ni skolans målsättning?

Ja

Nej

Förälders underskrift: _____ Datum: _____