



**ÖVERENSKOMMELSE OM PLATS  
I ENSKILT DRIVEN VERKSAMHET**

Enhetsnummer: 

0	3
---	---

3	9	6
---	---	---

7
---

Familjedaghem pnr:

Enhetens namn Svenska Interkulturella Skolan	Telefon 08/761 13 30
Gatuadress Kronofogdevägen 60	Postadress Box 8005. 163 08 SPÅNGA

**BARNET**

Namn	Hemspråk
Personnummer	Telefon bostad
Bostadsadress	Postnummer och ort

**FAMILJEFÖRHÅLLANDEN**

Mor / sammanboende

Far / sammanboende

<input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Arbetssökande		<input type="checkbox"/> Arbetar <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/> Arbetssökande	
Efternamn och tilltalsnamn		Efternamn och tilltalsnamn	
Personnummer	Telefon mobil	Personnummer	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	Avdelning Globalen
Skolbarn årskurs	Vistelseid, gäller endast förskolebarn
	Nyfött syskons personnummer
<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid Mer än 30 tim/vecka   Upp t o m 30 tim/vecka <input type="checkbox"/> 6 tim/dag:	

Vid förändring av vistelsetiden skall ändring av överenskommelse tecknas. Uppsägningstiden är 1 månad och uppsägning skall ske skriftligen. Undertecknade, anordnare och vårdnadshavare, är överens om ovanstående placering och vistelsetid. Uppgifterna överförs till ett ADB-register.

**UNDERSKRIFTER**

Stockholm den .....	Stockholm den .....
Vårdnadshavare	Firmatecknare