



ANMÄLAN OMSORG KVÄLLAR

Barnets namn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	

Sökande	Personnummer
E-postadress	Telefon
Arbetsgivare/skola/annat	
Medsökande	Personnummer
E-postadress	Telefon
Arbetsgivare/skola/annat	

Annan person när ni ej är anträffbar (även telefonnr)
Övrigt som personalen bör känna till, t ex allergier, särskild kost, annat

Intyg med schemauppgifter skall lämnas från arbetsgivaren som styrker angivet tillsynsbehov. Jokkmokks kommun har rätt att vid behov kontrollera förhållandena hos arbetsgivaren.

Blanketten skickas/lämnas till skolexpeditionen

Västra skolan

Åsgatan 4

962 32 JOKKMOKK

0971-172 51

e-post: magdalena.johansson@jokkmokk.se, lise-lott.larsson-auna@jokkmokk.se

Fortsättning nästa sida



forts. Intresseanmälan omsorg kvällar

Schema för sökande

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
v. 1					
v. 2					
v. 3					
v. 4					
v. 5					

Schema för medsökande

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
v. 1					
v. 2					
v. 3					
v. 4					
v. 5					

Schema för barnet enligt sökande/medsökandes tider

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
v. 1					
v. 2					
v. 3					
v. 4					
v. 5					

Med sökande avses förälder/vårdnadshavare 1.

Medsökande kan vara den andre föräldern eller annan med sökanden sammanboende person.

Med vårdnadshavare 2 avses den andre föräldern i de fall föräldrarna ej är sammanboende.

Datum och underskrift sökande/vårdnadshavare 1 samt ev. medsökande

Datum och underskrift vårdnadshavare 2