



Ändringsanmälan personuppgifter

UPPGIFTER OM VÅRDNADSHAVARE 1

Namn		Person nr
Gatuadress		Postnr & ort
Tele bostad	Mobil nr	E-postadress <input type="checkbox"/>
Arbetsgivare/skola		Tele arbete

UPPGIFTER OM VÅRDNADSHAVARE 2

Namn		Person nr
Gatuadress		Postnr & ort
Tele bostad	Mobil nr	E-postadress <input type="checkbox"/>
Arbetsgivare/skola		Tele arbete

V.v. sätt ett X i rutan på den E-postadress ni vill ha fakturan(förskoleavgiften) skickad till.

UPPGIFTER OM BARN I FÖRSKOLEVERKSAMHET/SKOLBARNOMSORG

Namn	Person nr
Namn	Person nr
Namn	Person nr

Ändringen/ändringarna gäller fr.o.m. _____