



Umsókn um skólavist

Leikskólinn Álfaborg



Reykholt, 801 Selfoss, s. 480-3045, alfaborg@blaskogabyggd.is

Nafn barns:	Kennitala:
Heimilisfang:	

Nafn móður:	Kennitala:
Gsm:	Vinnusími:
Nafn föður:	Kennitala:
Gsm:	Vinnusími:
Heimasími:	Netfang:

Hjúskaparstaða: Í hjúskap Í sambúð Einstæð/ur Ekkja/ekkill

Systkin

Vistunartími: (Tími og fjöldi daga)

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Útfyllist af leikskólastjóra
Athugasemdir:

Vistun hefst: Vistun lýkur: