

# ANSÖKAN

Skickas till: Ekenskolan, Hagagatan 25A, 113 47 Stockholm

## ELEV

### PERSONUPPGIFTER

PERSONNUMMER (10 SIFFROR)

EFTERNAMN

TILLTALSNAMN

ÖVRIGA FÖRNAMN

### BOSTADSADRESS

GATUADRESS

POSTNUMMER

ORT

KOMMUN

TELEFON

MOBILTELEFON

### FOLKBOKFÖRINGSADRESS - OM ANNAN ÄN BOSTADSADRESSEN

GATUADRESS

POSTNUMMER

ORT

KOMMUN

### NUVARANDE SKOLA

NAMN

GATUADRESS

POSTNUMMER

POSTORT

STADSDELSNÄMND

KOMMUN

SÖKER TILL ÅR

 7 8 9

GÅR NU I ÅR

 6 7 8 9

## VÅRDNADSHAVARE 1 \*

### PERSONUPPGIFTER

PERSONNUMMER (10 SIFFROR)	EFTERNAMN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TILLTALSNAMN	ÖVRIGA FÖRNAMN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### BOSTADSADRESS

GATUADDRESS	POSTNUMMER
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORT	KOMMUN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON DAGTID	TELEFON KVÄLLSTID
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## VÅRDNADSHAVARE 2 \*

### PERSONUPPGIFTER

PERSONNUMMER (10 SIFFROR)	EFTERNAMN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TILLTALSNAMN	ÖVRIGA FÖRNAMN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### BOSTADSADRESS

GATUADDRESS	POSTNUMMER
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORT	KOMMUN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON DAGTID	TELEFON KVÄLLSTID
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Om du ensam har vårdnaden av eleven skall detta strykas med intyg.

DATUM	UNDERSKRIFT VÅRDNADSHAVARE 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATUM	UNDERSKRIFT VÅRDNADSHAVARE 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>