



Järna Friskola AB

Ansökan om plats

Barnets namn.....

Personnummer.....

Vårdnadshavare

Namn.....

Adress.....

Post nr.....Ort.....

Telefon

E-post.....

Namn.....

Adress.....

Post nr.....Ort.....

Telefon

E-post.....

Syskon på Järna Friskola / står i kö till Järna Friskola

Namn: Född år

Namn: Född år

Datum.....

Underskrift.....

Ansökan skickas till

Järna friskola
Ljungstigen 2
153 36 Järna

Ankomstdatum till Järna friskola

Datum.....