



**KUBELIDEN**  
**MONTESSORI**

Förskola Skola & Fritidshem

## Intresseanmälan till Kubelidens skola

Barnets namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Nuvarande skola \_\_\_\_\_

Önskar börja \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare \_\_\_\_\_

Folkbokfördadress \_\_\_\_\_

Hemtelefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

Meddelande \_\_\_\_\_

Ort datum \_\_\_\_\_

Underskrift vårdnadshavare \_\_\_\_\_

Skicka in blankett till:

Kubeliden Montessori

Box 117

243 22 Höör