

mini



FÖRSKOLAN MINICHIPSEN

Mottaget av sign.:

## INTRESSEANMÄLAN

Anmälningsdatum:	När önskas inskolning:	Anmälan har inkommit:
------------------	------------------------	-----------------------

<b>Barnet</b> förnamn:	Barnets efternamn:
Barnets personnummer:	Pojke <input type="checkbox"/> Flicka <input type="checkbox"/> Syskonförtur <input type="checkbox"/>
Barnets aktiva modersmål:	

<b>Mamma</b> Förälder 1 Förnamn:	Efternamn:
Gatuadress:	Postadress:
Telefonnummer hem:	Telefonnummer dagtid:
Mobil:	E-postadress:
<b>Pappa</b> Förälder 2 Förnamn:	Efternamn:
Gatuadress:	Postadress:
Telefonnummer hem:	Telefonnummer dagtid:
Mobil:	E-postadress:

Jag kan tänka mig att ställa upp och ansvara som ledamot eller suppleant i styrelsen.

Styrelseordförande     Kassör     Personalansvarig     Köansvarig     Löneadministratör

Suppleant     Suppleant     Suppleant     Suppleant     Suppleant   

Jag kan tänka mig att ställa upp som ledare för en aktivitetsgrupp:

Samvarogruppen (fest och fika)     Fixargruppen

Intresseanmälan skickas till: Köansvarig på förskolan Minichipsen, Sorögatan 11, 164 41 Kista  
eller skickas med e-post till: [info@minichipsen.com](mailto:info@minichipsen.com)