

Blanketten lämnas in tidigast 6 månader innan plats önskas
يجب تقديم النموذج في موعد أقصاه 6 أشهر قبل طلب الموقع

BARN OCH UTBILDNING

الطفل

Efternamn الاسم	Tilltalsnamn الكنية	Personnummer الرقم الرباعي
Adress النوان	Postadress رقم البريد	Flicka بنت <input type="checkbox"/>
Talas annat språk än svenska i hemmet? هل تتحدثون لغات غير السويدية في المنزل? <input type="checkbox"/> Nej لا <input type="checkbox"/> Ja نعم Ange språk أي لغة		Pojke ولد <input type="checkbox"/>
Har familjen adresskydd? هل للعائلة عنوان سري? <input type="checkbox"/> Nej لا <input type="checkbox"/> Ja نعم		Migrationsverkets beteckningsnummer رقم بطاقة دائرة الهجرة

1 ولي الأمر Vårdnadshavare 1

Efternamn الاسم	Tilltalsnamn الكنية	Personnummer الرقم الرباعي
Telefon, hem هاتف المنزل	Mobiltelefon الجوال	Kvinna امرأة <input type="checkbox"/>
E-postadress, hem إميل المنزل		Man رجل <input type="checkbox"/>
Månadsinkomst före skatt (kr) الدخل الشهري قبل الضريبة (kr)	Betalar maxtaxa الحد الأعلى <input type="checkbox"/>	Saknar inkomst لا يوجد دخل <input type="checkbox"/>

2 ولي الأمر Vårdnadshavare 2

Efternamn الاسم	Tilltalsnamn الكنية	Personnummer الرقم الرباعي
Telefon, hem هاتف المنزل	Mobiltelefon الجوال	Kvinna امرأة <input type="checkbox"/>
E-postadress, hem إميل المنزل		Man رجل <input type="checkbox"/>
Månadsinkomst före skatt (kr) الدخل الشهري قبل الضريبة (kr)	Betalar maxtaxa الحد الأعلى <input type="checkbox"/>	Saknar inkomst لا يوجد دخل <input type="checkbox"/>

Barnomsorgsbehov متطلبات رعاية الطفل

* يجب أن ترفق شهادة من صاحب العمل إلى الطبيب،

Dagtid måndag-fredag أيام الاثنين-الجمعة <input type="checkbox"/>	Lördag-söndag السبت-الأحد <input type="checkbox"/>	Natt ليلا <input type="checkbox"/>
---	--	---------------------------------------

Önskemål om plats OBS! minst tre köalternativ måste anges varav **minst ett kommunalt alternativ**, gäller inte fritids och lovtillsyn.
ملاحظة: طلبات الموقع! يجب تحديد ما لا يقل عن ثلاثة خيارات قائمة الانتظار، منها خيار بلدية واحد على الأقل، لا ينطبق على أوقات الفراغ والإشراف القانوني

Alt	Ange nedan önskemål om förskola, pedagogisk omsorg (dagbarnvårdare) eller fritidshem يرجى الإشارة أدناه إلى الطلبات الخاصة بمرحلة الروضة أو الرعاية التربوية (مركز الرعاية النهارية) أو مركز الترفيه
-----	---

1	
2	
3	

Önskemål om datum التاريخ المطلوب

Plats önskas fr o m المكان المطلوب	Övriga upplysningar معلومات أخرى
---------------------------------------	-------------------------------------

Underskrifter vårdnadshavare توقيع ولي الأمر

Ort och datum
المكان والتاريخ

Guardian, التوقيع

Guardian التوقيع

Printed الاسم

Printed الاسم

:Söderhamns kommun, Barn- och utbildningsförvaltningen, 826 80 SÖDERHAMN الى يجب إرسال النموذج الى

الى مكملا الى العنوان التالي: يجب إرسال النموذج
Söderhamns kommun, Barn- och utbildningsförvaltningen, 826 80
SÖDERHAMN