



Umsókn um skólavist við leikskólann

Æskilegur dvalartími frá kl. _____ til kl. _____ Óskað er eftir að leikskólavist hefjist / 20

Nafn barns _____ Kennitala _____

Lögheimili _____ Sveitarfélag _____ Sími _____

Móðir/Forráðamaður _____ Kennitala _____ Staða _____

Vinnustaður _____ Vinnutími _____ Vinnusími _____ Netfang _____

Faðir/Forráðamaður _____ Kennitala _____ Staða _____

Vinnustaður _____ Vinnutími _____ Vinnusími _____ Netfang _____

Hjúskaparstaða forráðamanns: Gift(ur) Móðir einstæð

Í sambúð Faðir einstæður

Systkini: (Nafn og fæðingarár) _____

Þarfnast barnið sérstakrar umönnunar vegna fötlunar eða veikinda? Nei Já, ef já þá hverrar?

Hefur barnið verið í leikskóla? Já Nei Ef já, þá hvaða leikskóla?

Annað sem umsækjandi vill taka fram _____

Upplýsingar um sérstakar aðstæður er gætu varðað forgang að leikskólavistun _____

Undirskrift

Móttekið:

Leikskólafulltrúi

Dagsetning

Byrjar í leikskóla