



Refnr:.....
(Fylls i av Katarinaskolan)

KATARINASKOLAN

Anmälningssformulär till RESERVKÖN

(Fylls i av elever som går i ÅK 6-9)

...../.....
Anmälan avser läsår
(Fylls i av Katarinaskolan)

1. Finns det syskon som går eller har gått i Katarinaskolan? Kryssa i ja eller nej
Ja Nej

.....
Skriv syskons namn, klass och läsår

2. Finns det syskon som redan är placerade i elevkön? Kryssa i ja eller nej
Ja Nej

.....
Skriv syskons referensnummer, står på köbekräftelsen.

SÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Efternamn:	Förnamn:
Adress:	
Postnr:	Ort:
Personnr: _____ år _____ månad _____ dag - 4 sista siffrorna	

SKOLUPPGIFTER

Nuvarande skola:	Kommun:
B-Språk: franska <input type="checkbox"/> spanska <input type="checkbox"/> tyska <input type="checkbox"/> (Kryssa i B-språk eleven läser)	Annat alternativ: (Om eleven INTE läser B-språk. Vad läser eleven?)
Modersmål: (Annat än svenska)	Deltar i undervisning: JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> (Kryssa i Ja eller Nej)

Kontaktuppgifter Vårdnadshavare 1

Namn:	Namn:
E-post:	E-post:
Mobilnr:	Mobilnr:
Telefon arb:	Telefon arb:

Kontaktuppgifter Vårdnadshavare 2

Viktigt! Fylls i av sökande.
Datumet är det som läggs in i kön som anmälningdatum

.....-.....-.....
år _____ månad _____ dag