



INTRESSEANMÄLAN - NY ELEV

Elevens namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Vårdnadshavarnas namn, adress, telefon, e-post:

Jag/vi önskar att mitt/vårt barn börjar i klass _____ på Linnéskolan
Termin eller datum då jag/vi önskar att barnet skall börja: _____

Viktiga upplysningar

som Linnéskolan bör känna till för att kunna möta barnets behov,
t ex känt stödbehov, tidigare åtgärdsprogram, sjukdomar, allergier,
specialkost (bifoga gärna separat brev).

Tidigare skola/förskolas namn och telefonnummer, samt namn på
kontaktperson:

Datum, vårdnadshavares underskrift:

Skolans noteringar

Datum för intagning:

Underskrift av kollegiets ordförande:

LINNÉSKOLAN, ALINGSÅS WALDORFSKOLA

BOX 408, 441 28 ALINGSÅS

0322-140 95

www.linneskolan.se

info@linneskolan.se