



NORÐURÞING

Ketilsbraut 7 – 9 640 Húsavík
Netfang: nordurthing@nordurthing.is

Sími: 4646 100 fax: 4646 101
Veffang: www.nordurthing.is

UMSÓKN UM LEIKSKÓLAVIST

Nafn barns: _____ Kt: _____ - _____

Heimili: _____

Lögheimili: _____

Sími: _____ GSM: _____

Móðir: _____ Kt: _____ - _____

Vinnustaður: _____ Vinnusími: _____

Faðir: _____ Kt: _____ - _____

Vinnustaður: _____ Vinnusími: _____

Hjúskaparstaða: _____ Vinnutími móður: ____ - ____ - föður: ____ - ____

Heilsugæsla: _____

Sótt um vist á: Grænuvellir Krílakot Krílabær

Vistunartími: _____ til _____ Frá og með: ____ / ____ 20 ____

Hefur barnið verið á leikskóla áður? _____ eða hjá dagmóður? _____

Undirskrift : _____ dags: ____ / ____ 20 ____

=====

Fyllist út af leikskólastjóra:

Byrjar þann: ____ / ____ 20 ____ kl: _____ hættir: _____

Boðin vistun:

Ath: _____
