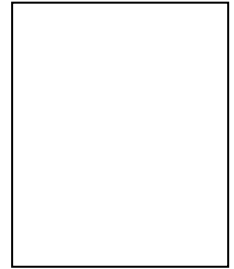


Hólar
Skólavistun Sunnulaekjarskóla
Norðurhólum 1, 800 Selfoss
Sími: 480 5400 / 480 5450
Netfang: skolavistun@sunnulaekjarskoli.is



Umsókn um skólavistun

Nafn barns : _____	kt.: _____
Heimilisfang : _____	heimasími: _____
Netfang móður : _____	Gsm móður : _____
Netfang föður : _____	Gsm föður : _____

Skóli: _____ bekkur: _____

Foreldrar / forráðamenn :

Nafn móður : _____ kt.: _____

Vinnustaður : _____ Vinnusími : _____

Nafn föður : _____ kt.: _____

Vinnustaður : _____ Vinnusími : _____

Gift / í sambúð

Einstætt foreldri

Á barn á leikskóla. Nafn barns : _____ Leikskóli : _____

Ef ekki næst í foreldra, hafa þá samband við :

Nafn : _____ Sími : _____

Gsm : _____

Færið inn á vikudagana þann tíma sem barnið á að vera á skólavistun.

Mánudagur	Þriðjudagur	Miðvikudagur	Fimmtudagur	Föstudagur
frá kl. _____	frá kl. _____	frá kl. _____	frá kl. _____	frá kl. _____
til kl. _____	til kl. _____	til kl. _____	til kl. _____	til kl. _____

Óskað er eftir vistun frá og með, dagsetning. : _____

Athugasemdir (t.d. lyf, ofnæmi, o.fl.) :

Undirskrift foreldris / forráðamanns : _____ Dagsetn. : _____