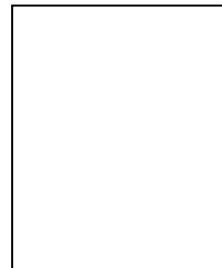


**Frístundaheimilið Hólar,  
Sunnulækjarskóla  
Norðurhólum 1, 800 Selfoss  
Sími: 480 5400 / 480 5450 / 894 5450  
Netfang: skolavistun@sunnulaekjarskoli.is**



## Umsókn um dvöl á Frístundaheimilinu Hólum

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. : \_\_\_\_\_