

ÄNN LÄN AV BARN TILL BERGSUNDSSKOLAN

Fyll i blanketten och skicka den till:

Bergsundsskolan
Långholmsgatan 24
117 33 Stockholm

Datum:.....

Barnets namn:

.....Pers.nr:.....

Adress:

.....
.....

Vårdnadshavares kontaktuppgifter

Namn:.....

Tel:.....

E-post:.....

Mottaget av:.....