# ANSÖKA OM MORGON/KVÄLLSOMSORG

Barnets/elevens namn_____

Personnr _____

Morgon/kvällsomsorg önskas ifrån (ÅÅMMDD) _____

Namn vårdnadshavare 1_____

Personnr _____

Telefon _____
Telefonnummer där du nås på arbetsplatsen

Telefon _____
Ditt privata telefonnummer

Arbetsplats _____

Din e-post _____

Namn vårdnadshavare 2 _____

Personnr _____

Telefon _____
Telefonnummer där du nås på arbetsplatsen

Telefon _____
Ditt privata telefonnummer

Arbetsplats _____

Din e-post _____

Tillsammans med ansökan lämnar du/ni in:
1. ett schema med aktuella tider som barnet/eleven behöver vara på morgon/kvällsomsorgen.
2. Schema och intyg från arbetsgivare från din/er arbetsplats

**Jag/vi försäkrar** härmed med min/vår signatur att vi har tagit del av information gällande morgon/kvällsomsorg

Underskrift_____Datum_____
vårdnadshavare 1

Underskrift_____Datum_____
vårdnadshavare 2

Ansökan skickas till: Bjuvs kommun, Utbildningsförvaltningen, Box 1, 267 25 Bjuv

Uppgifterna i denna blankett kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i den allmänna dataskyddsförordningen
För mer information om behandlingen av personuppgifter och dina rättigheter som registrerad, vänligen besök kommunens hemsida, www.bjuv.se/personuppgifter Genom din signatur medger du att du har tagit del av ovanstående information avseende behandlingen av dina personuppgifter av Utbildningsnämnden i Bjuvs kommun.



| Version | Blanketten blev uppdaterad | Ansvarig för blanketten | Kontaktuppgifter till blankettansvarig |
|---|---|---|---|
| 1 | 2026-01-14 | Utbildningsförvaltningen | info@bjuv.se |