**Ansökan till familjedaghemsplats**

För att ha rätt till heltidsplats krävs arbete/studier med i genomsnitt minst 17 h per vecka.

Plats önskas från och med …….………………

* Familjedaghem heltid
* Familjedaghem 15 h/vecka

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets namn | Personnummer |
| Barnets namn | Personnummer |
| Adress | Postnummer, Postort |

Vårdnadshavare 1

|  |
| --- |
| Namn, Personnummer |
| Telefonnummer, Mailadress |
| Arbetsgivare/skola/arbetssökande, Telefonnummer |

Vårdnadshavare 2

|  |
| --- |
| Namn, Personnummer |
| Telefonnummer, Mailadress |
| Arbetsgivare/skola/arbetssökande, Telefonnummer |

|  |
| --- |
| Övriga upplysningar |

Lämna ansökan senast 3 månader innan önskat placeringsdatum.

Små Hopp har en kölista, ni kommer få information från placeringsansvarig när plats  beräknas kunna erbjudas.

Vid barns växelvis boende lämnar båda vårdnadshavarna in var sin ansökan om platsen  skall nyttjas av båda vårdnadshavare.

Ort och Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnteckning, vårdnadshavare 1 Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnteckning, vårdnadshavare 2 Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stjärnholm Medical AB/ Små Hopp Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Göran Stjärnholm

Skickas till:

Stjärnholm Medical AB /Små Hopp i Boden

Teda-Ekeby 2

745 92 Enköping

0702363345

info@smahopp.se