

Intresseanmälan

Karlshamns Montessoriförening

Adressuppgifter

<i>Namn:</i>
<i>Adress:</i>
<i>Postadress:</i>
<i>Telefon (även riktnummer):</i>

Information om barn

<i>Namn, barn 1:</i>	<i>Födelseår, mån, dag:</i>
<i>Namn, barn 2:</i>	<i>Födelseår, mån, dag:</i>
<i>Namn, barn 3:</i>	<i>Födelseår, mån, dag:</i>

Önskar plats/har plats (sätt ett eller flera kryss)

- Förskola (1-5 år)**
- Förskoleklass (6 år)**
- Grundskola (Skolår 1-6)**
- Kontakta mig, jag vill veta mera**

Namnteckning:

Skickas till:

Karlshamns Montessoriförening
Strömmavägen 28, 374 32 Karlshamn
Tel 0454-183 22. Fax 0454-186 22.