

Inskrivningsblankett



Läsår: _____

Klass: _____

Barnets namn: _____

Personbeteckning: _____

Medborgarskap: _____ Modersmål: _____

Trossamfund: _____

Gatuadress: _____

Postadress: _____

Vårdnadshavarens namn: _____

Telefon: _____ E-postadress: _____

Vårdnadshavarens namn: _____

Telefon: _____ E-postadress: _____

Förskola/Tidigare skola: _____

Har barnet särskild diet?

Födoämnesallergi: _____

Diet av religiösa skäl: _____

Diet av hälso- eller etiska skäl: _____

Har barnet speciella behov som skolan bör känna till (t.ex. Astma, diabetes eller allergi)?

Berätta kort om varför ni väljer Mikaelsskolan:

Känner ni till Steinerpedagogiken? Hur kom ni kontakt med den?

Är vårdnadshavarna överens om skolvalet? _____

Vi godkänner att Mikaelsskolan kontaktar barnets förskola/tidigare skola:

Ge en kort beskrivning av ert barn:

Har barnet speciella stödbehov? Ge en kort beskrivning av dem:

Vi känner till och accepterar att man som förälder blir medlem i föreningen Steinerpedagogikens Vänner i Västnyland rf. och

- betalar stödavgift
- sköter storstädning vid skolstarten i klassrummet
- hör till en arbetsgrupp
- deltar i föreningens evenemang och talkon

PUBLICERINGSTILLSTÅND

jag/vi godkänner

jag/vi godkänner **inte**

att bilder där ovan nämnda barn förekommer, används till att illustrera Mikaelsskolans verksamhet i broschyrer, tidningar eller på skolans hemsida.

jag/vi godkänner

jag/vi godkänner **inte**

att våra kontaktuppgifter (telefonnummer och e-postadress) publiceras i Mikaelsskolans och Rosengårdens föreningskatalog som delas ut till alla föreningsmedlemmar (=föräldrar med barn i Mikaelsskolan och Rosengården) en gång per läsår.

Ort och datum

Underskrift

(Vid gemensam vårdnad bör båda vårdnadshavarna skriva under.)

Underskrift

Mikaelsskolan/Västerby gård
Hangövägen 2061, 10600 Ekenäs
044 279 0964, kansli@mikaelskolan.fi
www.mikaelskolan.fi