



Ansökan om utökad tid på förskola/fritidshem

Ansökan lämnas till rektor där barnet har sin placering eller till den fristående verksamheten

Ett barn kan erbjudas utökad tid om barnet har ett eget behov på grund av familjens situation i övrigt eller om barnet på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling.

Exempelvis kan det röra sig om barn med ett annat modersmål än svenska, barn vars föräldrar deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder eller har en funktionsnedsättning eller barn vars föräldrar är långtidssjukskrivna, sjuk- eller förtidspensionerade.

Du ansöker om utökad tid genom att fylla i denna blankett och bifoga de intyg (se nedan) som behövs. Har du plats på en fristående förskola/fritidshem lämnar du blanketten och intyg direkt till den fristående verksamheten. Notera att avgift utgår.

Barnets personuppgifter (folkbokföringsuppgifter)

| | |
|---------------|----------------|
| Barnets namn | Personnummer |
| Bostadsadress | Postnr och ort |

Vårdnadshavare

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| För- och efternamn | För- och efternamn |
| Personnummer | Personnummer |
| Bostadsadress, postnummer och ort | Bostadsadress, postnummer och ort |
| Telefonnummer | Telefonnummer |
| E-postadress | E-postadress |

Placering på förskola/fritidshem

| | |
|--|--|
| Förskola /Fritidshem | Avdelning |
| Utökad tid önskas från och med (datum) | Utökad tid önskas till och med (datum) |

Anledning till utökad tid

Vårdnadshavaren/havarna arbetar. Bifoga intyg och arbetsschema från arbetsgivare. Om du/ni arbetar deltid ska intyget innehålla hur många timmar i veckan samt mellan vilka tider och vilka dagar du/ni arbetar.

Studier. Bifoga intyg och schema från skola om studiegång.

Övriga situationer. Beskriv anledning till önskemål om utökad tid i förskola/fritidshem nedan.

Underskrift vårdnadshavare

| | | |
|-------|------------------------------|-------------------|
| Datum | Vårdnadshavare 1 underskrift | Namnförtydligande |
| Datum | Vårdnadshavare 2 underskrift | Namnförtydligande |

Beslut (Rektor)

| | | |
|---|-------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansökan beviljas. fr.o.m – t.o.m datum _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ansökan avslås | | |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |