



ÍSAFJARÐARBÆR
skóla- og tómstundasvið

Umsókn um vist í Dægradvöl

Staðfesting móttöku: _____

Almennar upplýsingar

Nafn barns	Kennitala	Vistunartími
Forráðamaður 1	Kennitala	Netfang
Heimilisfang (ef annað en barns)	Sími	Póstnúmer
Forráðamaður 2	Kennitala	Netfang
Heimilisfang (ef annað en barns)	Sími	Póstnúmer
Nöfn systkyna á leikskólum eða hjá dagforeldri	Kennitala	Leikskóli

Næsti aðstandandi ef ekki næst í forráðamenn

Nafn	Símanúmer

Verður barnið sótt í Dægradvöl?

Já

Nei

Nafn síðasta grunnskóla/leikskóla/dagforeldris
Tómstundir sem barnið sækir utan Dægradvalar
Aðrar upplýsingar sem þú vilt veita Dægradvöl

Undirskrift forráðamanns

Dagsetning

Hægt er að fá upplýsingar og skila inn umsóknum á skóla- og tómstundasviði

Skóla- og tómstundasvið Ísafjarðarbæjar
Hafnarstræti 1
400 Ísafjörður
Sími: 450-8000