



Anmälan köplats

Tack för att du visar intresse för vår skola. Om du vill anmäla dina/ditt barn i kö vid Pilens Montessoriskola, ber vi dig att fylla i nedanstående uppgifter och skicka dem till nedanstående adress.

Barnets namn:

Född (år, månad, dag):

Adress:

Vårdnadshavares namn:

Telefon:

E:postadress:

Önskar plats (år, månad):

Pilens Montessoriskola

Fru Alstad pl 78

231 96 Trelleborg

pilen.skola@telia.com

040-485008