



Vallmovägen 86, 982 35 Gällivare
info@malmensfriskola.se

ANKOMSTDATUM:

IFYLLES AV MFAB

ANSÖKAN TILL MALMENS FRISKOLA

PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____

ADRESS: _____

POSTADRESS: _____

NUVARANDE SKOLA: _____

MÅLSMANS NAMN _____

ADRESS: (OM ANNAN ÄN ELEVEN) _____

TELEFON: _____

MOBIL: _____

MEJLADRESS: _____

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

MÅLSMANS UNDERSKRIFT:

KVITTENS

KVITTERAS AV PERSONAL VID MALMENS FRISKOLA:

MOTTAGET AV: _____

DATUM: _____