

Umsókn á leikjanámskeið
Grindavík sumarið 20



Nafn: _____ Kennitala _____

Heimili: _____

Nafn forráðamanns: _____

Sími: _____ GSM: _____

Sótt er um:

Leikjanámskeið 1 (. - 1 . júní)	<input type="checkbox"/>	1/1	. 00 kr.	1/2	. 00 kr.	
Lengd dvalar:	<input type="checkbox"/>	09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/>	13:00 - 16:00	<input type="checkbox"/>	09:00 - 16:00
Sótt er um viðbótarvistun frá:		07:50 - 09:00	<input type="checkbox"/>	16:00 - 17:00	<input type="checkbox"/>	

Leikjanámskeið 2 (1. - . júní)	<input type="checkbox"/>	1/1	. 0 kr.	1/2	. 0 kr.	
Lengd dvalar:	<input type="checkbox"/>	09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/>	13:00 - 16:00	<input type="checkbox"/>	09:00 - 16:00
Sótt er um viðbótarvistun frá:		07:50 - 09:00	<input type="checkbox"/>	16:00 - 17:00	<input type="checkbox"/>	

Leikjanámskeið 3 (. - 6. júlí)	<input type="checkbox"/>	1/1	. 00 kr.	1/2	. 0 kr.	
Lengd dvalar:	<input type="checkbox"/>	09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/>	13:00 - 16:00	<input type="checkbox"/>	09:00 - 16:00
Sótt er um viðbótarvistun frá:		07:50 - 09:00	<input type="checkbox"/>	16:00 - 17:00	<input type="checkbox"/>	

Leikjanámskeið 4 (9. - 3 . júlí)	<input type="checkbox"/>	1/1	. 00 kr.	1/2	. 0 kr.	
Lengd dvalar:	<input type="checkbox"/>	09:00 - 12:00	<input type="checkbox"/>	13:00 - 16:00	<input type="checkbox"/>	09:00 - 16:00
Sótt er um viðbótarvistun frá:		07:50 - 09:00	<input type="checkbox"/>	16:00 - 17:00	<input type="checkbox"/>	

Athugasemdir: Vinsamlegast gerið grein fyrir ef barnið hefur sérþarfir, tekur inn lyf eða annað það sem leiðbeinendur þyrftu að vita svo barninu líði sem best á námskeiðinu:

Undirskrift