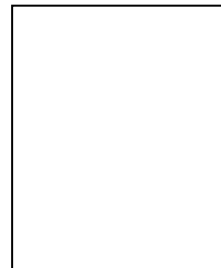


**Frístundaklúbbur fyrir grunnskólanemendur í 5 – 10  
bekk með fatlanir.**

**Nánari upplýsingar veitir Eiríkur Sigmarsson forstöðumaður  
Sími: 480- 6363, 480-1900  
netfang: eirikursr@arborg.is**



**Umsókn um lengda viðveru.**

Nafn barns : _____	kt.: _____
Heimilisfang : _____	heimasími: _____
Netfang móður : _____	Gsm móður : _____
Netfang föður : _____	Gsm föður : _____

Skóli: \_\_\_\_\_ bekkur: \_\_\_\_\_

Foreldrar / forráðamenn :

Nafn móður : \_\_\_\_\_ kt.: \_\_\_\_\_

Vinnustaður : \_\_\_\_\_ Vinnusími : \_\_\_\_\_

Nafn föður : \_\_\_\_\_ kt.: \_\_\_\_\_

Vinnustaður : \_\_\_\_\_ Vinnusími : \_\_\_\_\_

Gift / í sambúð

Einstætt foreldri

Á barn á leikskóla. Nafn barns : \_\_\_\_\_ Leikskóli : \_\_\_\_\_

Ef ekki næst í foreldra, hafa þá samband við :

Nafn : \_\_\_\_\_ Sími : \_\_\_\_\_

Gsm : \_\_\_\_\_

Færið inn á vikudagana þann tíma sem barnið á að vera í lengdri viðveru:

Mánudagur	Þriðjudagur	Miðvikudagur	Fimmtudagur	Föstudagur
frá kl. _____	frá kl. _____	frá kl. _____	frá kl. _____	frá kl. _____
til kl. _____	til kl. _____	til kl. _____	til kl. _____	til kl. _____

Óskað er eftir viðveru frá og með, dagsetn : \_\_\_\_\_

Fötlun barns :

---

---

Undirskrift foreldris / forráðamanns : \_\_\_\_\_ dagsetn : \_\_\_\_\_