

**Kópavogsskóli**  
v/Digranesveg, 200 Kópavogur  
Sími 570 4960, fax 570 4961

## Umsókn um vist í Dægradvöl

\_\_\_\_\_

nafn nemanda

\_\_\_\_\_

bekkur

\_\_\_\_\_

nafn móður

\_\_\_\_\_

heimasími

\_\_\_\_\_

vinnusími

\_\_\_\_\_

nafn föður

\_\_\_\_\_

heimasími

\_\_\_\_\_

vinnusími

**Óskað er eftir vist skólaárið \_\_\_\_\_ sem hér segir:**

mánudaga þriðjudaga miðvikudaga fimmtudaga föstudaga

Til kl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

dagsetning

\_\_\_\_\_

undirskrift foreldris

\_\_\_\_\_

undirskrift foreldris

### **Athugasemdir:**

Fyrir vist í Dægradvöl er greitt skv. gjaldskrá sem bæjaryfirvöld í Kópavogi ákveða. Mánaðargjald er nú að lágmarki kr. 5.513,- en kr. 12.679,- að hámarki. Gjald skal greiddast mánaðarlega fyrirfram, fyrir 5. hvers mánaðar. Systkinaafsláttur er veittur. Umsókn þessi skoðast sem samningur um vist í Dægradvöl og segja verður honum upp með mánaðar fyrirvara.

**Vinsamlegast skilið umsókninni á skrifstofu skólans sem allra fyrst.**