

Anmälan

Vård- och omsorgsutbildning



Glöm inte att skriva några rader om dig själv på baksidan av blanketten.
Vid frågor kontakta oss på tel. 0914 – 795 100 eller besök vår hemsida: www.edelvik.se.
Anmälan skickas till Edelviks folkhögskola 937 32 Burträsk.

Personuppgifter

Efternamn Gatadress

Förnamn Postadress

Personnummer..... Tel.

E-post Mobilnr.

Tidigare utbildningar (Ange ett alternativ.)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ej grundskola | <input type="checkbox"/> Påbörjad gymn. utb. | <input type="checkbox"/> Avslutad 2:årig gymn. utb.* |
| <input type="checkbox"/> Grundskola | <input type="checkbox"/> Avslutad 3:årig gymn. utb.* | <input type="checkbox"/> Högre utb. |
- Bifogar betyg (sökande till vård- och omsorgsutbildningen)

* Även motsvarande utb. på Komvux eller folkhögskola.

Har du tidigare erfarenhet av arbete inom vården?

- Ja, inom äldreomsorg
- Ja, inom LSS
- Ja, inom både äldreomsorg och LSS
- Nej

Om JA, hur länge har du arbetat inom respektive område?

Nuvarande sysselsättning (Ange även om du är arbetslös.)

Referenser (Ange två personer utom familjen som känner dig väl t.ex. arbetsgivare eller lärare.)

Namn Namn

Telefon Telefon

Dina två närmast anhöriga är

Namn Namn

Telefon Telefon

Avser du att söka studiemedel från CSN? · JA · NEJ
(Om du svarar ja, skickas förtryckta blanketter hem till dig.)

Hur fick du information om kursen du söker? (Internet, annons, kompis etc.)

.....

Personligt brev (motivera gärna varför du söker just den här kursen)

Underskrift (ort/datum)

.....