



Anmälan till att bli språkvän

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Ålder
Adress		Telefon dagtid
Postadress		Telefon kvällstid
E-postadress		Mobiltelefon

Bakgrundsfakta

Mina intressen
Familj
Utbildning
Arbete/Yrkeseferenhet
Övrigt

Jag vill bli språkvän med en:

<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna
<input type="checkbox"/> Familj	

Det viktigaste för mig är att den jag ska bli språkvän med:

<input type="checkbox"/> är av samma kön	<input type="checkbox"/> har liknande utbildning
<input type="checkbox"/> har liknande intressen	<input type="checkbox"/> har samma familjesituation
Annat	

Anmäl ditt intresse till:

Socialförvaltningen
Birgitta Nilsson
Box 87
732 22 Arboga