



## Anmälan till att bli språkvän

**Jag /Vi är ...**

Kvinna       Man       Par       Familj

**Jag/Vi vill bli språkvän för en ...**

Kvinna       Man       Par       Familj

Förnamn, Efternamn på vuxna

Ålder

Namn på barn

Ålder

Adress och postnummer:

Telefon-/mobilnummer:

E-post:

Födelseland:

Vilka språk kan du prata utöver svenska?

Utbildning och yrke: \_\_\_\_\_

Fritidsintressen: \_\_\_\_\_

Övrigt: \_\_\_\_\_



Det viktigaste för mig är att den jag matchas ihop med har

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samma kön       | <input type="checkbox"/> Samma utbildning/arbete |
| <input type="checkbox"/> Samma ålder     | <input type="checkbox"/> Samma familjesituation  |
| <input type="checkbox"/> Samma intressen | <input type="checkbox"/> Annat                   |

Lämna/skicka din anmälan till:

**Integrationsteamet, Östra Göinge kommun, Storgatan 4, 280 60 Broby**

**E-post: [integration@ostragoinge.se](mailto:integration@ostragoinge.se) ; Telefon: 044- 775 60 00**