



Anmälan till att få en språkvän

(I would like to have a language friend)

Jag/Vi är (I am/We are)

Kvinna (Woman) Man Par (Couple) Familj (Family)

Jag/Vi vill ha en språkvän som är (I/We would like to have a language friend who is)

Kvinna (Woman) Man Par (Couple) Familj (Family)

Förnamn, Efternamn på vuxna (First name, Surname, adults):

Ålder/Age

Namn på barn (Childrens' name)

Ålder/Age

Adress och postnummer (Address, Postcode, City):

Telefon-/mobilnummer (Telephone/Mobile):

E-post (E-mail):

Födelseland (Country of birth):

Vilka språk kan du prata utöver svenska? (Which languages do you speak?)

Utbildning och yrke (education and occupation): _____

Fritidsintressen (interests): _____

Övrigt (other): _____

Det viktigaste för mig är att jag vill ha en fadder som har (To me, it is most important that my language friend have)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Samma kön (same sex) | <input type="checkbox"/> Samma utbildning/arbete (same education/occupation) |
| <input type="checkbox"/> Samma ålder (same age) | <input type="checkbox"/> Samma familjesituation (same family situation) |
| <input type="checkbox"/> Samma intressen (same interests) | <input type="checkbox"/> Annat (Other) |



Lämna/skicka din anmälan till:

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

post: integration@ostragoinge.se ; **Telefon:** 044- 775 60 00