



UPPSÄGNING AV BARNOMSORGSPLATS

Namn		
Personuppgifter	Barnets namn	Personnummer

Uppsägningen är en månad. Avgiften debiteras t o m uppsägningstidens slut.

Uppsägning	Orsak till uppsägning av plats	Platsen kommer att utnyttjas t o m (år, månad, dag)
Lovplats	Byte till lovplats önskas fr o m (år, månad, dag)	

Vårdnadshavares namn (1)	Telefon bostad	Telefon arbete
Vårdnadshavares namn (2)	Telefon bostad	Telefon arbete

Vårdnadshavarens underskrift (1)

Vårdnadshavarens underskrift (2)

Anmälan om uppsägning mottagen (år, månad, dag)	Namnförtydligande
---	-------------------