



Uppsägning av plats inom barnomsorgen

Barnet/barnen

Personnummer 10 siffror	Efternamn och tilltalsnamn
-------------------------	----------------------------

Personnummer 10 siffror	Efternamn och tilltalsnamn
-------------------------	----------------------------

Personnummer 10 siffror	Efternamn och tilltalsnamn
-------------------------	----------------------------

Namn på institution/dagbarnvårdare

Datum då barnet/barnen kommer att sluta: _____

Övriga upplysningar:

Uppsägning av plats ska ske minst två månader före den dag barnet/barnen slutar, i annat fall kommer debitering att ske för denna tid.

Datum	Underskrift
-------	-------------