



**UPPSÄGNING AV  
PLATS I BARNOMSORGEN**

Askersunds kommun  
Barn- och utbildningsförvaltningen  
696 82 ASKERSUND

Platsen sägs upp,  
datum:

Barnet slutar, datum:

Uppsägning skall ske senast en månad innan platsen lämnas.  
Denna blankett lämnas till förskolan/fritidshemmet.

Vårdnadshavarens namn	Person nr: (10 siffror)
Vårdnadshavares namn	Person nr: (10 siffror)
Barnet/barnens namn	Person nr: (10 siffror)
Uppsägningen avser uppsägning på Förskola <input type="checkbox"/> Fritidshem <input type="checkbox"/> Obekväm arbetstid <input type="checkbox"/>	
Namn på förskola/fritidshemmet:	
Orsak (vid avflyttning ange ny adress):	
Barn kvar i kommunal omsorg? <i>om ja, ange namn och personnummer</i>	

Ort	Datum	Underskrift av <u>båda</u> vårdnadshavarna:
-----	-------	---

Attest personal:	Underskrift av <u>båda</u> vårdnadshavarna:
------------------	---

Barnomsorgens anteckningar:

Debiteras t o m: \_\_\_\_\_