



UPPSÄGNING AV PLATS I BARNOMSORGEN

**Uppsägning skall ske senast en månad
innan platsen lämnas.**

Platsen sägs upp,
datum:

Barnet slutar, datum:

Denna blankett lämnas till förskolan/fritidshemmet som skickar den till barn- och utbildningsförvaltningen

Vårdnadshavarens namn:

Person nr: (10 siffror)

Vårdnadshavarens namn:

Person nr: (10 siffror)

Barnet/barnens namn

Person nr: (10 siffror)

Uppsägningen avser uppsägning på:

Förskola

Fritidshem

Obekväm arbetstid

Namn på förskola/fritidshemmet:

Orsak (vid avflyttning ange ny adress):

Barn kvar i kommunal omsorg? om ja, ange namn och personnummer

Ort

Datum

Underskrift av båda vårdnadshavarna:

Attest personal:

Underskrift av båda vårdnadshavarna:

Barnomsorgens anteckningar: Debiteras tom: