

Småfötternas förskola

Uppsägning av förskoleplats

Vårdnadshavare (1)

Namn	Personnummer
Adress	Tel. hem, mobil
Postnummer /Postadress	Tel. arbetet

Vårdnadshavare (2)

Namn	Personnummer
Adress	Tel. hem, mobil
Postnummer /Postadress	Tel. arbetet

Barnet/barnens namn

Personnummer

1	
2	

Sista närvarodag: _____

Skriftlig uppsägning av plats gäller.

Uppsägningstiden är 2 månader och under denna tid uttages avgift.

Ifylld och undertecknad blankett återlämnas till : Småfötternas förskola

Idrottshemsvägen Lilla Harrie
244 91 Kävlinge

Datum..... Ort.....

Vårdnadshavares underskrift (1).....

Vårdnadshavares underskrift (2).....

Datum ankomst: _____

Sign. mottaget: _____