



## SMÅFÖTTERNAS FÖRSKOLA

- uppsägning av förskoleplats -

### Vårdnadshavare (1)

|              |                |
|--------------|----------------|
| Namn         | Personnummer   |
| Adress       | Tel. hem/mobil |
| Postadress   | Tel.arbetet    |
| E-postadress |                |

### Vårdnadshavare (2)

|              |                |
|--------------|----------------|
| Namn         | Personnummer   |
| Adress       | Tel. hem/mobil |
| Postadress   | Tel.arbetet    |
| E-postadress |                |

### Barnet/barnens namn

|    |              |
|----|--------------|
| 1. | Personnummer |
| 2. | Personnummer |
| 3. | Personnummer |

Sista närvarodag: \_\_\_\_\_

Skriftlig uppsägning av plats gäller.

Uppsägningstiden är 2 månader och under denna tid uttages avgift.

Ifyllt och undertecknad blankett återlämnas eller skickas till nedanstående adress.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavarens underskrift (1)

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavarens underskrift (2)

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Ankom datum

\_\_\_\_\_  
Sign. mottagit