



Uppsägning av plats Skolbarnomsorg

Dagens datum : _____

Från detta datum ska uppsägningen gälla: _____

Elevens namn: _____

Adress: _____

Personnummer, (4 sista ej nödvändigt): _____

Vårdnadshavares namn: _____

Telefon dagtid, Vårdnadshavare 1: _____

Telefon dagtid, Vårdnadshavare 2: _____

Övrigt: _____

Uppsägning av plats skall ske senast två månader före planerad avslutningstidpunkt.