

# UPPSÄGNING AV FÖRSKOLEPLATS/SKOLBARN SOMSÖRG

Härmed säger jag upp min förskoleplats/skolbarnsomsorg för barnet/barnen.

Förskolan/fritidshemmet ..... Avd .....

Dagbarnvårdarens namn .....

## BARN

Efternamn	Förnamn	Personnr

Adress.....

Telefon bost.....

Datum när barnet slutar.....

Örkelljunga / 20

.....  
Underskrift

Uppsägningstiden är **två månader** och räknas från den dag skriftlig uppsägning finns hos handläggaren. Avgift betalas under uppsägningstiden.