



ÖRKELLJUNGA KOMMUN  
Utbildningsförvaltningen  
Box 114  
286 22 ÖRKELLJUNGA

## UPPSÄGNING AV VÅRDNADSBIDRAG

### BARNET

Efternamn	Förnamn	Person nr
Adress	Postnr	Ortsnamn

### BIDRAGSMOTTAGARE

Efternamn	Förnamn	Pers nr	Tel till bostad
Adress (om annan än barnets)	Postnr	Ortsnamn	

### Uppsägning av Vårdsnadsbidrag från och med

Datum
-------

Övriga upplysningar
---------------------

### NAMNTECKNING

Datum	Underskrift
-------	-------------

Utbildningskontorets anteckningar
-----------------------------------