



Jag säger upp nedanstående plats:

Personuppgifter om barnet/barnen

Namn (tilltalsnamn och efternamn)	Personnummer

Barnets/barnens placering:

- Förskola: avdelning
- Pedagogisk omsorg (Kvällskvisten)
- Fritidshem:
- Lovtillsyn

Sista datum för nyttjande av platsen:

Datum Vårdnadshavare.....
Vårdnadshavare.....

Räkningsmottagare:

Personnummer

År	Mån	Dag	Nr
----	-----	-----	----

UNDERSKRIFT AV PERSONAL

Härmed bekräftas att jag tagit del av ovanstående uppsägning

Datum..... Namn.....

Anvisningar

- Du har minst 30 dagars uppsägningstid räknat från det datum uppsägningen ankomststämplats av Grästorps kommun.
- Månadsavgift uttages alltid för uppsägningstid enligt ovan.
- Uppsägningen är giltig endast om berörd personal tagit del av och undertecknat denna blankett.

Vårdnadshavaren ska skicka blanketten till Grästorps kommun, Bildningsverksamhet, 467 81 Grästorp.