



Uppsägning av barnomsorgsplats

Barnets namn	Personnummer (10 siffror)	Ange var du har barnomsorgsplats
Barn 1		
Barn 2		
Barn 3		
Barn 4		

Önskar behålla platsen till och med _____

Uppsägningstiden för en barnomsorgsplats är 60 kalenderdagar.

_____ den ____ / ____ 20____

Vårdnadshavare 1, underskrift

Vårdnadshavare 2, underskrift

Uppsägningen skickas till

Stenungsunds kommun
Förskolans administration
Strandvägen 15
444 82 Stenungsund