



.....Förändring/upsägning

Förändring/upsägning av barnomsorg-/skolbarnomsorgsplats

Barnets/barnens namn	Personnummer	Nuvarande placering

Datum barnet/barnen slutar _____ (Obs! 2 månaders uppsägningstid)

Skäl till förändring/upsägning _____

Vårdnadshavarens namn _____

Personnummer _____

Utdelningsadress _____

Postadress _____

Telefon _____

Ort och datum _____

Namnteckning _____

