

INSÄNDS TILL

FÖRSKOLETEAMET HELIANTHUS AB
Box 2044
191 42 Sollentuna

Fylls i av Förskolan

INKOM

Enligt kommunens regler är uppsägningstiden 1 månad

Avgift skall betalas för hela uppsägningstiden oavsett om platsen utnyttjas eller inte. Uppsägningstiden räknas från den dag då denna blankett kommer till förvaltningen.

FÖRÄLDERNS NAMN	TELEFON
ADRESS	
BARNETS NAMN	PERSONNUMMER
FÖRSKOLANS NAMN	TELEFON
ADRESS	SISTA NÄRVARO DAG FÖR BARNET
ANLEDNING TILL UPPSÄGNING	

VID FLYTT ANGE NY ADRESS

Gatuadress	Postnummer	Ort	Telefon bostad
------------	------------	-----	----------------

Underskrift

DATUM	UNDERSKRIFT
-------	-------------

IFYLLS AV SKOLBARN- OMSORG	BEKRÄFTELSE AV UPPSÄGNING/DATUM	SISTA BETALNINGSMÅNAD/DATUM
---	---------------------------------	-----------------------------