



LINGBYGDENS
FRISKOLA

Uppsägning av plats förskola

Namn på barn/elev

Förnamn, efternamn:	Personnummer:
Förnamn, efternamn:	Personnummer:
Förnamn, efternamn:	Personnummer:

Sista placeringsdag:	Avdelning:
----------------------	------------

Uppsägning lämnas två månader innan sista placeringsdag.

Datum och ort:
Vårdnadshavares underskrift:
Vårdnadshavares namnförtydligande:

Blanketten mottagen av personal på avdelningen den _____ sign _____