



Uppsägning av Placering

Denna blankett avser **UPPSÄGNING** av plats inom barnomsorgen

Uppsägningen skall göras minst **2 månader i förväg**.

Barnets tilltalsnamn och efternamn	Personnummer (ååååmmdd - xxxx)
Adress	Telefon bostad
Postnummer och ort	Mobiltelefon
Nuvarande förskola/dagbarnvårdare	

Uppsägning av plats

Barnet slutar fr o m

Orsak:

<input type="checkbox"/> Föräldraledigt	<input type="checkbox"/> arbetssökande	<input type="checkbox"/> inget omsorgsbehov
---	--	---

Ort och datum	Vårdnadshavares underskrift
---------------	-----------------------------

Blanketten lämnas eller skickas till

Lisbeth Gustawsson

Enheten Förskola

Box 62

662 22 Åmål

Postadress

Åmåls kommun
Enheten Förskola
Box 62
662 22 Åmål

Besöksadress

Enheten Förskola
Kyrkogatan 2
662 37 Åmål

Telefon

0532-17000(växel)

Hemsida

www.amal.se