**Breareds Förskola - personalkooperativ**

**Brearedsvägen 4**

**432 38 Varberg Tel.0340/646680**

**UPPSÄGNING AV FÖRSKOLEPLATS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Barnets namn** | | **Personnummer** |
| **Barnets namn** | | **Personnummer** |
| **Barnets namn** | | **Personnummer** |
| **Maka /sambo/ensamstående** | | **Personnummer** |
| **Maka /sambo/ensamstående** | | **Personnummer** |
| **Adress** | **Postadress** | |
| **Telefon bostad** | **Telefon arbetet** | |
| **Uppsägning Sista tillsynsdagen** | | |
| **Anledning till uppsägningen** | | |
| **Ort och datum Medlemsnummer** | | |
| **Namnteckning Namnförtydligande** | | |
| **Namnteckning Namnförtydligande** | | |
| **Uppsägning av plats i förskolan skall ske senast två månader innan barnet skall sluta.**  **Avgift debiteras under uppsägningstiden .**  **Uppsägningstiden räknas tidigast från det datum uppsägningen meddelats förskolan, vilket skall ske skriftligen.** | | |
| **Förskolans anteckningar**  **Avgift skall debiteras t.o.m.…………………………………**  **……………………………………………………………….**  **Namnteckning datum** | | |