**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**  |