



## Uppsägning av barnomsorgsplats

Barnets namn	Personnummer (10 siffror)	Ange var du har barnomsorgsplats
Barn 1		
Barn 2		
Barn 3		
Barn 4		

Önskar behålla platsen till och med \_\_\_\_\_

**Uppsägningstiden för en barnomsorgsplats är 2 månader.**

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavare 1, underskrift

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavare 2, underskrift

Uppsägningen skickas till

Stenungsunds kommun  
Förskolans administration  
Strandvägen 15  
444 82 Stenungsund