



## Uppsägning av plats

Ankom datum \_\_\_\_\_

(ååååmmdd)

### Uppsägningen avser:

Barn 1, namn	Personnummer
Avdelning	
Orsak till uppsägning	
Barn 2, namn	Personnummer
Avdelning	
Orsak till uppsägning	
Barn 3, namn	Personnummer
Avdelning	
Orsak till uppsägning	

Barnets/barnens sista vistelsedag
-----------------------------------

### Vårdnadshavare 1

Namn	
Adress	
Postadress	Telefon

### Vårdnadshavare 2

Namn	
Adress	
Postadress	Telefon

\_\_\_\_\_  
Rektor/Förskolechef underskrift

Föräldrakooperativet Vistaholm  
Vistvägen 23A  
52337 Ulricehamn  
0321-686800