
UPPSÄGNING AV BARNOMSORGSPLATS

Härmed säger vi upp vår plats i barnomsorgen.

Barnets namn _____

Barnets födelsetid _____

Daghem _____

Barnets sista dag beräknas bli _____ / _____ 20 _____

Uppsägningstiden är minst 2 veckor.

Vårdnadshavarnas/vårdnadshavarens nya adress för fakturering av barnomsorgsavgift (vid flyttning från kommunen):

Gatu- och postadress: _____

Ort och datum för underskrift

_____ / _____ 20 _____

Vårdnadshavares/-havarnas underskrift och namnförtydligande

Lämnas/skickas till:
Lemlands kommun
Barnomsorgskansliet
Kommunrundan 7
22610 Lemland

eller per e-post till administratör (kontaktuppgift på www.lemland.ax | www.lumparland.ax)

För Lumparlands del kan blanketten också lämnas in till kommunkansliet i Lumparland för vidarebefordring till barnomsorgskansliet i Lemland.