

Uppsägning av barnomsorgsplats

Härmed säger vi upp vår plats i barnomsorgen

Barnets namn och födelsetid _____

Daghemmet _____

eller

Familjedagvården _____

Barnets sista dag beräknas bli ____/____ 20____

Uppsägningstiden är minst två veckor.

Lemland den ____/____ 20____

Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande