
Uppsägning av barnomsorgs-/eftisplats

Härmed säger vi upp vår plats i barnomsorgen/eftis

Barnets namn och födelsetid _____

Daghem/eftis _____

Barnets sista dag beräknas bli _____/_____ 20_____

Uppsägningstiden är minst två veckor.

_____ den ____/____ 20____

Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande

Lämnas till:
Lemlands kommun
Barnomsorgskansliet
Kommunrundan 7
22610 LEMLAND