



**SALTVIKS  
KOMMUN**

## UPPSÄGNING AV BARNOMSORGSPLATS

Uppsägning av platsen lämnas till daghemsföreståndaren/fritidshemsledaren senast en månad innan behovet av barnomsorg upphör. Fakturering sker enligt detta meddelande.

Daghemmets / Fritidshemmets namn och avdelning

---

Barnets namn och personbeteckning

---

**Jag säger härmed upp mitt barns barnomsorgsplats. Den sista vårddagen är     /     20**

Datum

---

Vårdnadshavarens underskrift

---

Mottagen den

---

Föreståndare

---