

Barn- och utbildningsförvaltningen

Uppsägning av barnomsorgsplats eller ansökan om omplacering

Placerade barn

Namn:	Personnr:
Namn:	Personnr:
Namn:	Personnr:
Namn:	Personnr:

Nuvarande placering

Förskola/fritidshem/pedagogisk omsorg(familjedaghem):

Uppsägning

- Definitiv uppsägning av platsen (uppsägningstid 2 månader), sista närvaro dag:
- Uppsägning på grund av arbetslöshet (ingen uppsägningstid), sista närvaro dag:

Omplacering

- Ansökan om **omplacering**

Önskemål om förskola/dagbarnvårdare:	Önskar placering från och med:
--------------------------------------	--------------------------------

Vårdnadshavare/räkningsmottagare

Namn (räkningsmottagare):	Personnummer:
E-post:	Telefon dagtid:
Underskrift:	Datum:

Skickas till Skara Kommun, Barn- och utbildningsförvaltningen, 532 88 Skara