



SVALÖVS KOMMUN

Datum ankomst avd. \_\_\_\_\_

Sign mottaget avd. \_\_\_\_\_

## ANMÄLAN OM UPPSÄGNING

### Fakturamottagare

Personnummer	Namn

Adress	Postnummer	Postadress

Telefon, bostad	Telefon, arbetet

### Barn

Personnummer	Namn	Förskola/ DBV/ Fritidshem

Uppsägningstiden är 1 månad och under denna tid uttages avgift.  
Som uppsägningsdatum gäller den dag då anmälan inkommer till området.

**Sista närvarodag:** \_\_\_\_\_

Ifylld och undertecknad blankett återsändes till:

Datum	Vårdnadshavares underskrift
Datum	Vårdnadshavares underskrift