

Uppsägning av plats på Smulans förskola



Smulans Förskola
Kaxholmen

Personuppgifter.

Namn:

Personnummer:

Uppsägning. (Uppsägningstiden är en månad).

Slutar på grund av:

Platsen kommer att utnyttjas t o m:

Underskrift.

Datum:

Vårdnadshavares underskrift:

Telefonnummer:

Uppsägningen mottagen den:

Underskrift rektor: