**Uppsägningstiden är en månad.**   
Som uppsägningsdatum räknas den dag vi tar emot den skriftliga uppsägningen. Platsen måste sägas upp och uppsägningsblankett lämnas in. Om barnet slutar utan att platsen sagts upp skriftligen eller innan uppsägningstiden har gått ut betalas avgiften enligt gällande regler.

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONUPPGIFTER** | |
| Barnets/Elevens Förnamn, Efternamn | Personnummer (ååmmdd-xxxx) |
| Barnets/Elevens Förnamn, Efternamn | Personnummer (ååmmdd-xxxx) |
| Fakturamottagarens namn | Personnummer (ååmmdd-xxxx) |
| Barnets/Elevens **sista närvarodag**, (ange: åå/mm/dd) | |

**Enbart platsinnehavaren kan säga upp platsen.**

**Vid växelvist boende:** Uppsägningen måste göras av båda platsinnehavarna. I de fall då den ena vårdnadshavaren inte längre har behov av omsorg och säger ut sin plats, övergår platsen till en ”hel” plats för den andra parten. Nu avgift räknas om till den kvarvarande platsinnehavaren.

**Har ej gemensam vårdnad  Familjehem  God man**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VÅRDNADSHAVARES UNDERSKRIFT, vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavarnas underskrifter** | | |
| Datum | Datum | |
| Vårdnadshavare 1, underskrift | Vårdnadshavare 2, underskrift | |
| Namnförtydligande | Namnförtydligande | |

**Blanketten lämnas efter påskrift till ett av följande alternativ***:  
1.**Till skolans administration, 2. I skolans brevlåda ute vid vägen eller 3.Kan scannas & mailas till* [skoladmin@alvboda.se](mailto:skoladmin@alvboda.se)

|  |  |
| --- | --- |
| **IFYLLS AV PERSONAL PÅ FÖRSKOLA / SKOLA** | |
| Mottagarens namn | Mottaget datum |