



Till : Rektor för Löa Skola Ek. För
Östra löa 304
714 94 KOPPARBERG

13.40 Uppsägning Elevplats/Skolbarnomsorg/Barnomsorg

Undertecknad säger härmed upp <input type="checkbox"/> Elevplats i skolan <input type="checkbox"/> Fritidshem <input type="checkbox"/> Förskola	Från och med
Barnets namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer
Bostadsadress	Postadress
Tel. bostad	

Ort /datum Vårdnadshavare	Ort /datum Vårdnadshavare
---------------------------------------	---------------------------------------

OBS! Uppsägningstiden är två månader. Du betalar avgift under hela uppsägningstiden. Uppsägningstiden börjar gälla från den dag uppsägningen lämnas in. Uppsägningen av barnomsorgen kan inte göras för normal ledighet (semester, ferieuppehåll mm) eller vid byte av omsorgsform, då fortsatt barnomsorgsbehov finns.

BESLUT

Sista debiteringsdag för eleven ____ - ____ - ____

Löa ____ - ____ - ____

Rektor

Löa Skola Ekonomisk Förening
Östra löa 304
714 94 KOPPARBERG

Skola Exp
Skolkök
Förskola
Epost:

0580-30100
0580-30095
0580-301 95
loaskola@loaskola.se