

**LAPPTRÄSK KOMMUN**

Tjänster för småbarnsfostran

UPPSÄGNING AV DAGVÅRDSPLATSEN

Barnets namn _____ föd.dat. _____

Dagvårdsplats _____

**Dagvårdsplatsen bör sägas upp före sista vårddagen.
Faktureringen upphör vid sista vårddagen.**

Jag säger upp mitt barns dagvårdsplats.

Sista dagen i dagvård är, datum _____

Lappträsk ___ / ___ 20 ___

vårdnadshavarens underskrift**BLANKETTEN RETURNERAS TILL DAGVÅRDSPLATSEN**