



## ANMÄLAN OM UPPSÄGNING - BARNOMSORG

Var vänlig fyll i blanketten och skicka den till **Trolleholms Trollungar AB**, Trolleholm 1715, 268 90 Svalöv.

### FAKTURAMOTTAGARE

Personnummer	Namn
Adress	

### BARN

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	Förskola 1 - 5 år	Fritidshem
1.			
2.			
3.			
4.			

Uppsägningstiden är 2 månader och under denna tid uttages avgift.  
Som uppsägningsdatum gäller den dag då anmälan inkommer till förskolan.

Sista närvarodag: \_\_\_\_\_

..... den ..... / ..... 20.....

Underskrift

.....

Vårdnadshavare 1

.....

Vårdnadshavare 2