



JARLABERGS SKOLA



NACKA
KOMMUN

Uppsägning Fritids "KLUBBEN" åk 4-6

Personuppgifter

| | |
|---|-------------------------------------|
| Barnets namn | Klass..... Personnummer |
| Vårdnadshavare/betalningsmottagares namn | Personnummer |
| | Kundnr (fylls i av skolan) |

| |
|-----------------------------|
| Uppsägning fr.o.m. |
|-----------------------------|

Uppsägningstiden är en kalendermånad.

.....
Datum

.....
Datum

.....
Vårdnadshavares underskrift

.....
* Vårdnadshavares underskrift

** För att kontraktet ska vara giltigt krävs underskrift av minst en (1) vårdnadshavare. Faktura skickas till den som uppges som "vårdnadshavare/betalningsmottagare".*

Blanketter lämnas in till expeditionen el skickas till skolkoordinator charlotte.stablberg@nacka.se