



Uppsägning Fritidsklubben åk 4-6 Sågtorpsskolan

Tilläggstjänster för äldre skolbarn

Barnets namn: _____

Personnummer: _____

Klass: _____

Vårdnadshavares namn: _____

Personnummer: _____

Vårdnadshavares namn: _____

Personnummer: _____

Uppsägning av kontrakt – uppsägning 1 månad

Platsen kommer utnyttjas tom. _____

Datum: _____

Vårdnadshavares underskrift: _____

Vårdnadshavares underskrift: _____