



OBS! Skickas lämnas till respektive område där barnet är placerat.

ANSÖKAN OM AVGIFTSREDUCERING

Mitt barn _____personnummer_____

har varit frånvarande på grund av sjukdom mer än 15 kalenderdagar i följd.
Jag ansöker därför om avgiftsreducering med 1/20 per öppethållandedag från den 16:e dagen.

Mitt barn vistas i förskolan/familjedaghemmet:

Första sjukdomsdagen var _____

Sista sjukdomsdagen var _____

Ort och datum

Vårdnadshavares underskrift