

**ANMÄLAN OM BYTE
ENSKILD-/KOMMUNAL BARNOMSORGSTAXA**

Barn

Personnummer _____

Förnamn _____

Efternamn _____

Barnet är placerat på
(förskolans namn) _____

Byte från kommunal till enskild taxa eller tvärtom kan göras max två gånger per år och när byte gjorts gäller taxan i minst sex månader.

Bytet gäller tidigast från nästkommande månad.

Byte till kommunal barnomsorgstaxa från och med: (år och månad) _____

Byte till enskild barnomsorgstaxa från och med: (år och månad) _____

Jag önskar byta taxa enligt ovan

Datum

Vårdnadshavares namnteckning
