

Denna tjänst är för dig som är ensam vårdnadshavare

 [För mer information, läs här](#)

Datum då de 4 veckornas sammanhängande ledighet skall ske

Från Till

|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| Namn på förskola/ pedagogisk omsorg | Namn på avdelning |
|-------------------------------------|-------------------|

Personuppgifter

|                                                                                  |                           |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------|
|  | Välj barnets personnummer |           |
|  | Förnamn                   | Efternamn |
|  | Adress                    |           |
|                                                                                  | Postnummer                | Postort   |

Vårdnadshavare

|                                                                                    |                |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
|                                                                                    | Personnummer   |              |
|  | Förnamn        | Efternamn    |
|  | Adress         |              |
|                                                                                    | Postnummer     | Postort      |
|  | Telefon dagtid | Mobiltelefon |
|  | E-post         |              |

| Sökandes underskrift |                   |
|----------------------|-------------------|
| Datum                | Namnförtydligande |
| Underskrift          |                   |

Blanketten lämnas till Barn och utbildningsförvaltningen,  
Klippans kommun, 264 80 Klippan

| Förskolan/ pedagogisk omsorgs notering |
|----------------------------------------|
|                                        |