



VISTELSEAVTAL

FÖRSKOLA/
PEDAGOGISK OMSORG

ANKOMSTDATUM

--

Barnets namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon: Mobiltelefon:
Vårdnadshavare 1:s arbetsplats/studieplats:	Tel. arb.
Vårdnadshavare 2:s arbetsplats/studieplats:	Tel.arb.

Placerad på/hos:

Nedanstående tider gäller från och med

Vecka 1	Vårdn.hav.1 arbetstid	Vårdn.hav.2 arbetstid	Barnet lämnas	Barnet hämtas	Vecka 2	Vårdn.hav.1 arbetstid	Vårdn.hav.2 arbetstid	Barnet lämnas	Barnet hämtas
Måndag					Måndag				
Tisdag					Tisdag				
Onsdag					Onsdag				
Torsdag					Torsdag				
Fredag					Fredag				
Vecka 3	Vårdn.hav.1 arbetstid	Vårdn.hav.2 arbetstid	Barnet lämnas	Barnet hämtas	Vecka 4	Vårdn.hav.1 arbetstid	Vårdn.hav.2 arbetstid	Barnet lämnas	Barnet hämtas
Måndag					Måndag				
Tisdag					Tisdag				
Onsdag					Onsdag				
Torsdag					Torsdag				
Fredag					Fredag				

Övrigt:

Placeringsgrund:

Arbete/studier
 Avgiftsfri förskola
 Föräldraledighet
 Arbetslöshet
 Annat

.....
Vårdnadshavarens underskrift.....
Personalens signatur

Adress:

Bildningskontoret

Box 201

524 23 HERRLJUNGA

Telefon:

0513-174 10 barnomsorg

Telefax:

0513-17133

Hemsida:

www.herrljunga.se