

FÖRSKOLA/DBV: _____

BARNETS NAMN: _____ PERS NR _____

ÖVERENSKOMMELSEN GÄLLER FR O M: _____

MED Början Vecka Nr: _____ (KALENDERVECKA, T EX 1118)

Vårdnadshavare: _____ TEL NR _____

Vårdnadshavare: _____ TEL NR _____

BARN (1-5 ÅR) TILL ARBETSLÖS ELLER FÖRÄLDRALEDIG FÖRÄLDER HAR RÄTT TILL 15 TIM/VECKA
VISTELSETIDEN FÖR BARNET STYRS AV FÖRÄLDRARNAS ARBETSTID/ STUDIER/ RESTID OCH EV SOVTID VID SKIFTARBETE

 ARBETSGIVARE _____ TEL NR _____
 (vårdnadshavarens)

 ARBETSGIVARE _____ TEL NR _____
 (vårdnadshavarens)

	Kommer	Går
MÅND		
TISD		
ONSD		
TORSD		
FRED		

	Kommer	Går
MÅND		
TISD		
ONSD		
TORSD		
FRED		

	Kommer	Går
MÅND		
TISD		
ONSD		
TORSD		
FRED		

	Kommer	Går
MÅND		
TISD		
ONSD		
TORSD		
FRED		

Överenskommen tid godkännes

 Personalens underskrift

 Vårdnadshavarens underskrift