



Avtal för plats i Skanör Falsterbo Montessori, förskola.

Barnet

Namn: _____

Personnummer (12 siffror): _____

Adress: _____

Postnr: _____

Ort: _____

Vårdnadshavare 1

Namn: _____

Personnummer (12 siffror): _____

Tel: _____

E-post: _____

Vårdnadshavare 2

Namn: _____

Personnummer (12 siffror): _____

Tel: _____

E-post: _____

Erbjuden förskoleplats från och med (inskolningsdag) : 20 ____ - ____ - ____

Vistelsetid, antal timmar/vecka : ____ h.

Uppsägning av förskoleplats sker på blankett som finns att hämta på skolans hemsida, www.sfmontessori.se. Uppsägningstiden är två månader från det datum då uppsägningen ankommit till skolans expedition. Debitering sker i 2 månader fr.o.m. uppsägningstidens slut oavsett om platsen utnyttjas eller ej.

Vårdnadshavare 1 underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____

Vårdnadshavare 2 underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____