

Schema – Tillsynstid förskola

Barnets namn	Personnummer
--------------	--------------

Vårdnadshavare/Platsinnehavare*: Namn (Pers. 1)	Arbetsgivare el. annan uppdragsgivare	Telefon
Sammanboende till person 1: Namn (Pers. 2)	Arbetsgivare el. annan uppdragsgivare	Telefon

Anledning för barnomsorgsbehov: Arbete/studier Föräldraledighet Arbetslöshet

Arbetstider för vårdnadshavare/sammanboende

Om barnet har regelbundna vistelsetider ifylls endast vecka 1.

Person 1	v	v	v	v	v	v
Mån						
Tis						
Ons						
Tor						
Fre						

Person 2	v	v	v	v	v	v
Mån						
Tis						
Ons						
Tor						
Fre						

Tillsynstid (inklusive effektiv restid)

Tillsynstiden ska gälla fr o m (datum måndag första vecka) _____

Tillsynstid	v	v	v	v	v	v
Mån						
Tis						
Ons						
Tor						
Fre						
SUMMA						

Ort & datum	Underskrift vårdnadshavare/platsinnehavare* (person 1)
Ort & datum	Underskrift sammanboende till vårdnadshavaren/platsinnehavaren* (person 2)

Rektorns godkännande:

Ort & datum	Rektors underskrift
-------------	---------------------

* För barn som är placerade i familjehem är familjehemsföräldrarna platsinnehavare.