



Vårdnadshavares arbetsgivare och arbetstider

Namn: _____

Arbetsplats: _____

Adress: _____

Telefonnr: _____

Arbetstider:

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
v.1					

Namn: _____

Arbetsplats: _____

Adress: _____

Telefonnr: _____

Arbetstider:

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
v.1					

(extra rader för rullande schema)

För studerande eller egna företagare fyller man i de tider man förväntas använda för studier eller eget arbete.

Jag/vi är införstådda med att uppgifterna kan kontrolleras med arbetsgivare.

Underskrift
