



Uppsägning av barn från Bråbygdens föräldrakooperativ

Jag säger upp platsen för mitt/mina barn	(kryssa)	Jag vill behålla platsen vilande.	(kryssa)
--	----------	-----------------------------------	----------

Namn:	Personnummer (10 siffror)		
Namn:	Personnummer (10 siffror)		
Namn:	Personnummer (10 siffror)		
Namn:	Personnummer (10 siffror)		
Barnet/n är sista dagen på Bråbygdens föräldrakooperativ den	(datum)		
Jag har för avsikt att behålla platsen under uppsägningstiden	(kryssa)	Jag vill inte behålla platsen under uppsägningstiden	(kryssa)

Uppsägningstiden för en plats är två månader. Uppsägningen skall vara styrelsen skriftligen tillhanda två månader före utträde. Uppsägningen räknas från och med nästkommande månadsskifte. Oförändrad avgift tas ut under uppsägningstiden, oavsett om platsen utnyttjas eller ej. Plats, som ej utnyttjas anses vara förverkad efter två månader om giltiga skäl ej föreligger. Efter uppsägning kan ny plats erhållas först tre månader efter uppsägningstidens utgång.

Ort och datum	Vårdhavares underskrift
Adress	Postadress
Telefon dagtid	Telefon kvällstid

Eventuellt utträde ur föreningen ska meddelas skriftligen och godkännas av styrelsen vid styrelsemöte. Se föreningens stadgar.

Jag vill avsluta mitt medlemskap i Bråbygdens föräldrakooperativ.	(kryssa)	Jag vill behålla mitt medlemskap i Bråbygdens föräldrakooperativ.	(kryssa)
---	----------	---	----------

Uppsägningen lämnas eller skickas till Bråbygdens föräldrakooperativ, Bråbo gamla skola, 570 91 Kristdala