



LULEÅ KOMMUN
Barn- och utbildningsförvaltningen

Område
971 85 LULEÅ

ANSÖKAN om återbetalning av avgift på grund av barns sjukdom

Barnets namn	Personnr.	Tel. hem
Förälders namn	Personnr.	Tel. arb.givaren
Adress	Postnr och Postadress	
Frånvarotid - Intyg från läkare/distriktssköterska ska bifogas		
Övriga upplysningar		
Datum	Underskrift förälder	

INTYGAS

Frånvarouppgifterna är riktiga <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vid nej, ange tidsperioden förskola/fritidshemmets noteringar	Kan inte styrka frånvarouppgiften <input type="checkbox"/>
Datum	Rektor	Förskola/fritidshem/dagbarnvårdare

Efter underskrift av rektor ska blanketten samt intyg från läkare/distriktssköterska skickas till Barn- och utbildningsförvaltningen för registrering.

BESLUT

<input type="checkbox"/> Återbetalning beviljas	Återbetalning med kronor	
<input type="checkbox"/> Återbetalning beviljas ej	Motivering	
Datum	Behörig beslutsfattare	Telefon