



**ANHÅLLAN OM NEDSÄTTNING AV BARNOMSORGSAVGIFT PÅ
GRUND AV BARN Sjukdom**

Barnets/barnens namn:

.....
.....

Födelsedatum:

Barnet/barnen har varit sjuka under följande tid:

.....(läkarintyg bifogas)

.....
ort datum

.....
Förälders underskrift