



LJUNGBY
KOMMUN

Ansökan om återbetalning av förskoleavgift

Barnets namn	Barnets personnummer
Kontaktuppgifter till vårdnadshavare (namn, adress, telefon, e-post)	
Förskola	

Har ditt barn varit på förskolan max 15 timmar per vecka? Ja Nej

Har ditt barn varit på förskolan på skolans lov
(4-7/1, 25/1, v. 8, v. 13, 6/5, v. 24-33, v. 44) Ja Nej

Vårdnadshavares underskrift/er: _____

Blanketten skickas till placeringshandläggare, Ljungby kommun, Olofsgatan 9, 341 83 Ljungby.

För barn- och utbildningsförvaltningen:

Antal timmar på förskolan under perioden	
Beviljas återbetalning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Summa: