



Uppgift om vårdnadshavares arbets-/studietider

Härmed intygas att:

Arbetstagares namn

Personnummer

är anställd hos

Arbetsgivares/Utbildningens namn

Ort

Arbets- /studieschema, ange datum för v.1:

Vecka 1	Börjar	Slutar	Vecka 2	Börjar	Slutar	Vecka 3	Börjar	Slutar
mån			mån			mån		
tis			tis			tis		
ons			ons			ons		
tor			tor			tor		
fre			fre			fre		
lör			lör			lör		
sön			sön			sön		
Vecka 4	Börjar	Slutar	Vecka 5	Börjar	Slutar	Vecka 6	Börjar	Slutar
mån			mån			mån		
tis			tis			tis		
ons			ons			ons		
tor			tor			tor		
fre			fre			fre		
lör			lör			lör		
sön			sön			sön		
Vecka 7	Börjar	Slutar	Vecka 8	Börjar	Slutar	Vecka 9	Börjar	Slutar
mån			mån			mån		
tis			tis			tis		
ons			ons			ons		
tor			tor			tor		
fre			fre			fre		
lör			lör			lör		
sön			sön			sön		

Arbetsgivares/Utbildningsansvarigs stämpel

Arbetsgivares/ Utbildningsansvarigs underskrift

Namnförtydligande

Övriga upplysningar

Ort och datum

Telefonnummer

Ifylld blankett lämnas till personal på din förskola/fritidshem

