



Redovisning av arbets och/eller studietider samt restider

Vårdnadshavare 1

Namn och efternamn		Personnr (10 siffror)	
Adress		Postnr	Ort
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon arbete	
Anställd <input type="checkbox"/>	Studera <input type="checkbox"/>	Egen rörelse <input type="checkbox"/>	Aktivt arbetssökande <input type="checkbox"/>
Arbetsgivare/skola/egen rörelse/arbetsförmedling, ange namn			
Kontaktperson, namn		Telefonnummer (även riktnummer)	

Vårdnadshavare 2

Namn och efternamn		Personnr (10 siffror)	
Adress		Postnr	Ort
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon arbete	
Anställd <input type="checkbox"/>	Studera <input type="checkbox"/>	Egen rörelse <input type="checkbox"/>	Aktivt arbetssökande <input type="checkbox"/>
Arbetsgivare/skola/egen rörelse/arbetsförmedling, ange namn			
Kontaktperson, namn		Telefonnummer (även riktnummer)	

Uppgifter om placerat barn

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer

Arbetstider/studietider samt resetider

Vårdnadshavare 1
Vårdnadshavare 2

Försäkran

Vårdnadshavare 1: Ja jag godkänner att ovan lämnade uppgifter kontrolleras hos min arbetsgivare/studieansvarig
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vårdnadshavare 2: Ja jag godkänner att ovan lämnade uppgifter kontrolleras hos min arbetsgivare/studieansvarig
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

UNDERSKRIFT. Jag intygar att på blanketten lämnade uppgifter är riktiga. Jag är medveten om min skyldighet att anmäla sådana förändringar som kan påverka omsorgstidens omfattning.

Ort och datum
Namnteckning vårdnadshavare 1 Namnförtydligande
Ort och datum
Namnteckning vårdnadshavare 2 Namnförtydligande