



Kópavogsskóli

v/ Digranesveg, 200 Kópavogur
Sími 570 4960 - Fax 570 4961
Dægradvöl sími 570 4970

Uppsögn á vistun í Dægradvöl

Segja þarf vistunartíma upp fyrir 20. hvers mánaðar til þess að breytingarnar nái til næsta tímabils.

Nafn barns: _____ bekkur: _____

Ég undirrituð/aður foreldri / forráðamaður segi hér með upp vistun í Dægradvöl Kópavogsskóla frá og með _____ 20____.

Dags: _____

Undirskrift foreldris/forráðamanns

Samþykkt af forstöðumanni Dægradvalar



Kópavogsskóli

v/ Digranesveg, 200 Kópavogur
Sími 570 4960 - Fax 570 4961
Dægradvöl sími 570 4970

Breyting á vistunartíma í dægradvöl

Nafn barns: _____ bekkur: _____

Breyta þarf vistunartíma fyrir 20. hvers mánaðar til þess að breytingarnar nái til næsta tímabils. **Ath;** að ef lengja á tímann þarf að bíða eftir að forstöðumaður dægradvalar samþykki breytingarnar áður en þær geta tekið gildi.

Fylla skal út nýjan vistunartíma.

mánudaga

þriðjudaga

miðvikudaga

fimmtudaga

föstudaga

Alls: _____ tímar á viku

Dags: _____

Undirskrift foreldris/forráðamanns

Samþykkt af forstöðumanni Dægradvalar