

Avtal om plats på skolans korttidstillsyn enligt 9 § p. 7 lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade för skolungdom över 12 år.

Elevens namn	Personnummer
--------------	--------------

Avser perioden	Från och med	till och med
Tillsyn skoldagar	Morgonomsorg Klockan –	Eftermiddagsomsorg Klockan –
Tillsyn lovdagar	Heldagsomsorg Klockan –	
Kostnad		
Faktureras	<input type="checkbox"/> Månadsvis	<input type="checkbox"/> Terminsvis
Uppsägning	Avtalet kan sägas upp av bägge parter med tre månaders uppsägningstid. Uppsägning ska göras skriftligen.	

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna tar varsitt.

Underskrift		
Datum	Underskrift, lss-handläggare	Namnförtydligande
Datum	Underskrift, rektor	Namnförtydligande