



HAFNARFJÖRÐUR

## Umsókn á niðurfellingu á leikskólagjaldi vegna veikinda barns

í leikskólanum \_\_\_\_\_

Undirritaður forráðamaður

\_\_\_\_\_

Nafn og kennitala barns

sækir hér með um niðurfellingu á leikskólagjaldi vegna veikinda tímabilið

\_\_\_\_\_

Dagsetning veikindatímabils sem barnið hefur ekki getað sótt leikskólann

\_\_\_\_\_

Undirskrift forráðamanns