



**VOLDA KOMMUNE
SOSIALAVDELINGA
6100 VOLDA**

SØKNAD OM AVLASTNING

Vi søker om avlastning frå _____ til _____

Namnet til barnet: _____

Fødd: _____

Vi treng avlastning i slik storleik **pr. mnd:**

Døgn: _____

Timar: _____

Har de avlastning? Hvis ja:

Namnet på avlastar: _____

Adresse/telefon: _____

Opplysningar som er viktige for handsaming av søknaden: (bruk gjerne eige ark)

.....
Dato

.....
(forelder)

.....
(forelder)