

HIRVENSALMEN KUNTA**HAKEMUS KOULULAISTEN ILTAPÄIVÄTOIMINTAAN**

Lapsen tiedot	Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	
	Tuleva luokka-aste <input type="checkbox"/> 1 lk <input type="checkbox"/> 2 lk	
Perheen tiedot	Äidin suku- ja etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	
	puhelinnumero (koti/työ)	
	Isän suku- ja etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	
	puhelinnumero (koti/työ)	
	Onko vanhemmista jompikumpi kotona iltapäivisin hoitoaikana <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Toiminta-aika	Iltapäivä toiminnan aloittamisaika ____ / ____ 2018 <input type="checkbox"/> Kokoaikahoito (yli 12pv/kk) <input type="checkbox"/> Osa-aikahoito (enintään 12 pv/kk)	
Päivittäinen hoitoaika tai muu selvitys hoitoajasta	ma ti ke to pe ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	
Lapsen hoidon erityistarpeet (sairaudet, allergiat yms)		
Lisätietoja		
Allekirjoitus	Pvm Allekirjoitus	