



ANSÖKAN OM MORGON / EFTERMIDDAGSVÅRD FÖR BARN I FÖRSKOLAN

Barnets uppgifter

Namn	Personbeteckning
Adress	telefon
Förskolans namn	

Vårdnadshavarnas uppgifter

	tel.	e-post-address

Morgon/ eftermiddagsverksamhet som söks

Behovet av morgon- och eftermiddagsvård för förskolbarnet börjar: _____ . _____ 20 _____	
<input type="checkbox"/> Vi behöver morgonvård (före kl.9.00)	
<input type="checkbox"/> Vi behöver eftermiddagsvård (efter kl.13.00)	
Antalet dagar/vecka (vilka dagar) _____	
Planerad tidpunkt för närvaro kl. _____	
AVGIFTEN FÖR FÖRSKOLEBARNENS FÖR- OCH EFTERMIDDAGSVÅRD BASERAR SIG PÅ FAMILJENS INKOMSTER	

Ytterligare uppgifter

Övrigt vi behöver veta angående vården

Uppsägning / Avgift

Uppsägningen av reserverad plats görs i god tid innan ifrågavarande månads början.
Avgiften för förskolebarnens för-och eftermiddagsvård baserar sig på familjens inkomster. Inkomstuppgifter lämnas till Ann-Britt Mannfolk el Annika Heikkilä, Familjecentret, Lappfjärdsvägen 10, 64100 Kristinestad.

Målsmans namnteckning ____ / ____ 20 _____

Ansökan returneras till Annika Heikkilä, Familjecentret, Lappfjärdsvägen 10, 64100 Kristinestad eller till förskolan.

Ansökan mottagen

Datum
____ / ____ 20 ____ Mottagen av _____