



## 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. _____	
<b>AVGIFTEN FÖR FÖRSKOLEBARNENS FÖR- OCH EFTERMIDDAGSVÅRD BASERAR SIG PÅ FAMILJENS INKOMSTER</b>	

### 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 Sarah Grannas el Annika Heikkilä, Familjecentret, Lappfjärdsvägen 10, 64100 Kristinestad  
fornamn.efternamn@krs.fi

Målsmans namnteckning \_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

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

### Ansökan mottagen

Datum  
\_\_\_ / \_\_\_ 20 \_\_\_ Mottagen av \_\_\_\_\_