



ANSÖKAN OM MORGON / EFTERMIDDAGSVERKSAMHET FÖR SKOLELEVER

Barnets uppgifter

Namn	Personbeteckning
Adress	telefon
skola	årskurs på hösten

Vårdnadshavarnas uppgifter

	tel.	e-post-adress

Morgon/ eftermiddagsverksamhet som söks

			Behovet av vårdplats börjar	
			_____ . _____ 20 _____	
Kryssa för den vård ni är behov av. Verksamhet och avgift enligt nämndens beslut.				
			antalet dagar/v	Planerad tidpunkt för närvaro kl.
Morgonvård endast	40 € /mån	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1-3 h/ dag	80 € / mån	<input type="checkbox"/>	_____	_____
över 3 h/ dag	100 € /mån	<input type="checkbox"/>	_____	_____
över 5 h/ dag	120 € /mån	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Ytterligare uppgifter

Övrigt vi behöver veta angående vården

Uppsägning / Avgift

Uppsägningen av reserverad plats görs i god tid innan ifrågavarande månads början.
Avgift enligt stadens direktiv

Målsmans namnteckning ____ / ____ 20 _____

Ansökan returneras till Annika Heikkilä Familjecentret, Lappfjärdsvägen 10, 64100 Kristinestad

Ansökan mottagen

Datum
____ / ____ 20 ____ Mottagen av _____