



HAKEMUS AAMU/ILTAPÄIVÄTOIMINTAAN

Kristinestad
Kristiinankaupunki

Lapsen tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	puhelin
koulu	luokka-aste syksyllä

Huoltajien tiedot

sähköpostiosoite

	puh.	

Haettava aamu/ iltapäivätoimintapaikka

		Paikan tarve alkaen	
		_____ . _____ 20 _____	
Rastittakaa tarpeen mukainen toiminta. Toiminta ja maksu kunnan päätöksen mukaisesti.			
	päiviä /viikko	Suunniteltu läsnäolon ajankohta n. klo	
Vain aamuhoito	40 € /kk <input type="checkbox"/>	_____	_____
1-3 h/ päivä	80 € / kk <input type="checkbox"/>	_____	_____
yli 3 h/ päivä	100 € /kk <input type="checkbox"/>	_____	_____
yli 5 h/ päivä	120 € /kk <input type="checkbox"/>	_____	_____

Muita tietoja

Mitä muuta meidän on hyvä tietää lapsenne hoitoon liittyen

Irtisanominen / Maksu

Varatun paikan irtisanominen tulee tehdä hyvissä ajoin ennen kyseisen kuukauden alkua.

Maksu suoritetaan kaupungin ohjeiden mukaisesti.

Allekirjoitus

Huoltajan allekirjoitus _____ / _____ 20 _____

Hakemus palautetaan
tai lähipäiväkotiin

Perhekeskus Lapväärtintie 10 , 64100 Kristiinankaupunki

Hakemus vastaanotettu

Päiväys _____ / _____ 20 _____

vast.ottaja _____