



ANSÖKAN OM MORGON / EFTERMIDDAGSVERKSAMHET

Kristinestad
Kristiinankaupunki

Barnets uppgifter

Namn	Personbeteckning
Adress	telefon
skola	årskurs på hösten

Vårdnadshavarnas uppgifter

	tel.	e-post-address

Morgon/ eftermiddagsverksamhet som söks

	Behovet av plats börjar	
	_____ 20 _____	
Kryssa för den vård ni är behov av. Verksamhet och avgift enligt nämndens beslut.		
	antalet dagar/v	Planerad tidpunkt för närvaro ca. 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 reserverat plats görs i god tid innan ifrågavarande månads början.

Avgift enligt stadens direktiv

Underskrift

Målsmans namnteckning ____ / ____ 20 _____

Ansökan returneras
när dagis

Familjecenter, Lappfjärdsvägen 10, 64100 Kristinestad, eller till

Ansökan mottagen

Datum

____ / ____ 20 ____ Mottagen av _____