



ESIKOLULULAISTEN

HAKEMUS AAMU/ILTAPÄIVÄHOITOON

Lapsen tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	puhelin
Esikoulun nimi	

Huoltajien tiedot

	puh.	

Paikan tarve alkaen: ____ . ____ . _____

Tarvitsemme aamuhoitoa (ennen klo.9.00)

Tarvitsemme iltapäivähoitoa (klo.13.00 jälkeen)

Päiviä /viikko (mitkä päivät) _____

Suunniteltu läsnäolon ajankohta klo. _____

ESIKOULULAISTEN AAMU-JA ILTAPÄIVÄHOITOMAKSU PURUSTUU PERHEEN TULOIHIN

Muita tietoja

Irtisanominen / Maksu

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

Esikoululaisten aamu-ja iltapäivähoitomaksu perustuu perheen tuloihin. Tulotiedot jätetään Sarah Kortellille tai Annika Hekkilälle, Koulutoimisto, Lapväärtintie 10, 64100 Kristiinankaupunki

Huoltajan allekirjoitus /__ 20__ _____

Hakemus palautetaan: Annika Heikkilä, Koulutoimisto, Lapväärtintie 10, 64100 Kristiinankaupunki tai esikouluun.

Hakemus vastaanotettu

Päiväys __/__/20__ vast.ottaja _____