



KOULULAISTEN AAMU- JA ILTAPÄIVÄTOIMINTA

www.edu.t
www.apip.t

HAKEMUS

Luvian kunnan aamu- ja iltapäivätoimintaan lukuvuonna 20__ - 20__

Lapsen yhteystiedot

Suku- ja etunimi	Henkilötunnus
Lähiosoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin kotiin

Laskutustiedot

Suku- ja etunimi	Puhelin päivisin
Laskutusosoite	

Huoltajien yhteystiedot

Suku- ja etunimi	Sähköposti
<input type="checkbox"/> ansiotyössä <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> kotona	Puhelin päivisin
Suku- ja etunimi	Sähköposti
<input type="checkbox"/> ansiotyössä <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> kotona	Puhelin päivisin
Suku- ja etunimi	Sähköposti
<input type="checkbox"/> ansiotyössä <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> kotona	Puhelin päivisin
Mikäli vanhempia ei tavoiteta, keneen voi tarvittaessa olla yhteydessä?	Puhelin päivisin

Hoitoajat

Lapsi tarvitsee hoitoa <input type="checkbox"/> aamupäivisin klo _____ <input type="checkbox"/> iltpäivisin klo _____	
Lapsi aloittaa lipassa _____ Lapsi saa lähteä yksin klo _____	
Lapsen kuvaa saa käyttää lipan tai kunnan internet -sivuilla tai muissa julkaisuissa	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Suostun siihen, että lipan henkilökunta voi tehdä tarvittaessa yhteistyötä esim. neuvolan, perheneuvolan tai koulun kanssa lasta koskevista asioista	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

Lisätiedot

Muuta huomioitavaa lapsesta (allergiat, sairaudet, lääkitys, ym.)
Mahdollinen erityisen tuen tarve
Erityisopetuspäätös

_____ . _____ 200__

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys

LAPSEN PARHAAKSI.