



KALAJOEN KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelut
Kalajoentie 5
85101 KALAJOKI

ESIKOULULAISEN OSAPÄIVÄHOITOHAKEMUS

Hakemus vastaanotettu: _____

Vastaanottaja: _____

Osapäivähoito (enintään 5 t/pvä)

2 vikon järjestelyaika täyttyy:	4 kk:n järjestelyaika täyttyy:
---------------------------------	--------------------------------

Päivähoitoa hakevan lasten henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet (kutsumanimi alleiviivataan)		Henkilötunnus
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka		Puhelin kotiin
Huoltajan tiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Ammatti	Työaika klo	Vuorotyö <input type="checkbox"/> 2-vuoro <input type="checkbox"/> 3-vuoro
	Työpaikka / oppilaitos	Sähköposti	Puhelin työhön
Avio-/avo-puolison tiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Ammatti	Työaika klo	Vuorotyö <input type="checkbox"/> 2-vuoro <input type="checkbox"/> 3-vuoro
	Työpaikka / oppilaitos	Sähköposti	Puhelin työhön
Perhesuhde	<input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> naimaton <input type="checkbox"/> leski <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> eronnut <input type="checkbox"/> muu huoltaja	Perheen muiden alle 18 v. lasten nimet ja syntymäajat	
Hoidon alkaminen ja päättyminen	Hoidon alkamispäivä _____	Hoidon päättämispäivä _____	Mahdollisuus käyttää auto päivähoitokuljetuksiin <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Toivottu päivähoito-muoto	<input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito Alue tai hoitaja / hoitopaikka: _____		Päivittäinen hoitoaika klo: _____ Hoitopäivien lukumäärä kuukaudessa enintään: <input type="checkbox"/> 1 – 10 <input type="checkbox"/> 11 – 15 <input type="checkbox"/> yli 15 Viikonloppu- / yöhoidon tarve: <input type="checkbox"/> ilta (klo 18 jälk.) <input type="checkbox"/> yö <input type="checkbox"/> lauantai <input type="checkbox"/> sunnuntai
Lisätietoja	Lapsen terveydentila (esim. allergiat, lääkitys) Perheessä on kotieläimiä: <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Lapsen erityisen tuen tarve Alan erikoislääkärin tai muun asiantuntijan lausunto <input type="checkbox"/> liitteenä <input type="checkbox"/> toimitetaan myöhemmin Apuvälineet ym. huomioon otettavat asiat	
Allekirjoitus	<input type="checkbox"/> Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen. Paikka ja päiväys _____ Huoltajan allekirjoitus _____		
Liitteet	Selvitys v. 2016 tuloista pyydämme toimittamaan 31.7.2016 mennessä, Kalajoen päivähoitotoimistoon, Kalajoentie 12, 85100 Kalajoki <input type="checkbox"/> Todistukset tuloista liitteenä <input type="checkbox"/> Toimitetaan myöhemmin <input type="checkbox"/> Hyväksyn korkeimman maksun (tulotietoja ei tarvitse toimittaa)		