



Etu- ja sukunimi:	
Osoite:	
Puhelinnumero:	
Sähköpostiosoite:	
Henkilötunnus:	
Vamman tai sairauden laatu:	
Avustajan mukanaolo välttämätön:	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Kelakortin tunnus:	<input type="checkbox"/> Tarkastettu _____
Minua koskevia tietoja saa tarkistaa perusturvan vanhus- ja vammaispalvelutoimistosta	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Paikka ja aika:	
Hakijan allekirjoitus:	
Liitteet: Lääkärintodistus ja passivalokuva korttia varten	
Palautus osoitteella:	Kalajoen kaupunki / Liikuntapalvelut Kalajoentie 5 85100 KALAJOKI