

LAPSEN TIEDOT	Sukunimi ja etunimet: _____ Henkilötunnus: _____ Puhelinnumero: _____ Lähiosoite, postinumero ja -toimipaikka _____ _____
HUOLTAJAN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet: _____ Henkilötunnus: _____ Työ-/ opiskelupaikka, puhelinnumero mistä tavoittaa päivisin _____ Sukunimi ja etunimet: _____ Henkilötunnus: _____ Työ-/ opiskelupaikka, puhelinnumero mistä tavoittaa päivisin _____
AAMU- JA ILTA- TOIMINNAN TARVE	Lapsemme aloittaa toiminnan ____/____200__ <input type="checkbox"/> 1-5 päivää kuukaudessa <input type="checkbox"/> 6-10 päivää kuukaudessa <input type="checkbox"/> 11 päivää tai enemmän kuukaudessa Aamulla alkaen klo _____ Iltapäivällä loppuen klo _____
ALLERGIAT, LÄÄKITYKSET	_____ _____ _____
MUITA TIETOJA	_____ _____ _____
MAKSUSTA	1- 5 pv/kk – maksu 8 €/ pv 6-10 pv/kk – maksu 50 €/ kk 11pv tai enemmän/kk - maksu 90 €/ kk vain aamutoiminta – maksu 45e/kk
ALLEKIRJOITUS	Vanhemman/huoltajan allekirjoitus ja päivämäärä: _____