



LAPSEN TIEDOT

Lapsen sukunimi ja etunimet (kutsumanimi alleviivataan)	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Puhelin päivisin	Kotikunta
Äidinkieli	Kotikieli
Perheen sähköpostiosoite yhteydenottoa varten	

PERHEEN VANHEMPIEN /HUOLTAJIEN TIEDOT

Huoltajan nimi <input type="checkbox"/> Lapsen äiti	Samassa taloudessa asuvan toisen huoltajan, huoltajan avio- tai avopuolison nimi <input type="checkbox"/> Lapsen isä
Henkilötunnus	Henkilötunnus
Ammatti	Ammatti
<input type="checkbox"/> Ei ansiotyötä <input type="checkbox"/> Opiskelee <input type="checkbox"/> Tekee ansiotyötä kotona <input type="checkbox"/> Tekee ansiotyötä kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö <input type="checkbox"/> Osa-aikatyö <input type="checkbox"/> Vuorotyö <input type="checkbox"/> Tilapäinen työ	<input type="checkbox"/> Ei ansiotyötä <input type="checkbox"/> Opiskelee <input type="checkbox"/> Tekee ansiotyötä kotona <input type="checkbox"/> Tekee ansiotyötä kodin ulkopuolella <input type="checkbox"/> Kokopäivätyö <input type="checkbox"/> Osapäivätyö <input type="checkbox"/> Osa-aikatyö <input type="checkbox"/> Vuorotyö <input type="checkbox"/> Tilapäinen työ
Työpaikka/opiskelupaikka	Työpaikka/opiskelupaikka
Työpaikan/opiskelupaikan osoite	Työpaikan/opiskelupaikan osoite
Puhelin	Puhelin
Sähköpostiosoite	Sähköpostiosoite
Työaika arkisin/ lauantaisin /sunnuntaisin	Työaika arkisin/ lauantaisin /sunnuntaisin

TOIVOTTU PÄIVÄHOITOMUOTO

Ensisijainen toive	Päivähoitoalue _____ <input type="checkbox"/> Päiväkoti _____ <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito
Toissijainen toive	Päivähoitoalue _____ <input type="checkbox"/> Päiväkoti _____ <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito

TOIVOTTU HOITOAIKA

Hoidon toivottu alkamispäivämäärä ____/____20____ <input type="checkbox"/> syynä työllistyminen, opinnot tai koulutus <input type="checkbox"/> Huoltaja/huoltajat työttömiä, hoidontarve vasta kun työ-/opiskelupaikka järjestynyt		
Hoitoaika <input type="checkbox"/> Kokopäivähoito (yli 5 tuntia/pv) klo _____ <input type="checkbox"/> osapäivähoito (enintään 5 tuntia/pv) klo _____		
Hoitopäivien lukumäärä/kalenterikuukausi <input type="checkbox"/> enintään 10 hoitopäivää <input type="checkbox"/> enintään 15 hoitopäivää <input type="checkbox"/> täydet hoitopäivät (ma-pe)		
Lauantai/sunnuntaihoidon tarve <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> on, hoitoaika _____	Yöhoidon tarve <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> on, hoitoaika _____	Iltahoidon tarve <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> on, hoitoaika _____

MUITA TIETOJA LAPSESTA

Tietoja lapsen terveydentilasta ja kehityksestä (esim. sairaudet, allergiat, puheen- ym. kehitys).
Lausunto lapsen erityispäivähoidon tarpeesta toimitettava hakemuksen liitteenä.

HUOLTAJIEN PERHESUHTEET

- Kaksi huoltajaa Avioliitto Avioliitto
 Yksinhuoltajuus (osoitettava oikeuden päätöksellä)
 Muu huoltaja Kasvatusvanhemmat Sijaisvanhemmat Huoltajan asuinkumppani
 Yhteishuoltajuus, huoltajan nimi ja osoite sekä sähköpostiosoite

PERHEEN MUUT ALLE 18-VUOTIAAT LAPSET

Nimi	Henkilötunnus	Hoitojärjestelyt
Nimi	Henkilötunnus	Hoitojärjestelyt
Nimi	Henkilötunnus	Hoitojärjestelyt
Nimi	Henkilötunnus	Hoitojärjestelyt
Nimi	Henkilötunnus	Hoitojärjestelyt

LISÄTIETOJA

Esim. muutto toisesta kunnasta (vanha ja uusi osoite, mistä alkaen), muiden perheenjäsenten allergiat, jotka vaikuttavat lapsen sijoitukseen, perheen olosuhteita koskevia tietoja, miksi toivotaan määrättyä hoitopaikkaa, perheen uskonnollinen vakaumus.

Kotona eläimiä. Tieto tarpeen allergisten lasten (muiden perheiden) sijoittamisen kannalta/perhepäivähoito

- on, mitä ei ole

Onko perheessä auto Mahdollisuus käyttää autoa päivähoitokuljetuksiin

- kyllä ei kyllä ei

PÄIVÄHOITOMAKSU

- Suostumus ylimpään maksuun, jolloin tulotietoja ei toimiteta.
 Tulojen mukainen maksu, jolloin tulotiedot pyydetään perheeltä myöhemmin.

SUOSTUMUKSET JA ALLEKIRJOITUS

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen

Kangasalla ____/____ 20____

Huoltajan allekirjoitus

Toisen huoltajan allekirjoitus