



PÄIVÄHOITOHAKEMUS

Saapunut ___ / ___ 20___

Lapsen henkilö-tiedot	Sukunimi ja etunimet (puhuttelunimi alleiviivataan)		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka
	Henkikirjoituskunta		Äidinkieli	Kotikieli
Huoltajan Ja puolison tiedot	Äidin (tai avoliitossa asuvan henkilön nimi)		Isän (tai avoliitossa asun henkilön nimi)	
	Henkilötunnus		Henkilötunnus	
	Ammatti		Ammatti	
	Työpaikka / oppilaitos		Työpaikka / oppilaitos	
	Työpuhelin	Matkapuhelin	Työpuhelin	Matkapuhelin
	Sähköposti		Sähköposti	
	<input type="checkbox"/> Kokopv.työ <input type="checkbox"/> Osapv.työ <input type="checkbox"/> Vuorotyö <input type="checkbox"/> Opiskelija <input type="checkbox"/> Muu		<input type="checkbox"/> Kokopv.työ <input type="checkbox"/> Osapv.työ <input type="checkbox"/> Vuorotyö <input type="checkbox"/> Opiskelija <input type="checkbox"/> Muu	
	Äidin työaika		Isän työaika	
Perhesuhde	<input type="checkbox"/> Yksinhuoltaja <input type="checkbox"/> Avioliitossa/avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde			
	<input type="checkbox"/> Yhteishuoltajuus (toinen huoltaja, nimi)			
	Yhteistaloudessa lapsia yht.		Alle 18-vuotiaiden lasten nimet ja syntymäajat (pvkkvv)	

LAIHIAN KUNTA
PL 13, Laihiantie 50
66400 LAIHIA

Puh. 06 4750 411
Fax 06 4750 405

etunimi.sukunimi@laihia.fi
Y-tunnus 01804510

Nordea IBAN/BIC FI4511933000004662/NDEAFIHH
Sampo IBAN/BIC FI9480001400682952/DABAFIHH
Laihian Op IBAN/BIC FI7547281020000767/HELSEFIHH

www.laihia.fi

Käännä ->

Lisäselvityksiä	Mahdollisuus käyttää autoa päivähoitokuljetuksiin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei								
	Kotona lemmikkieläimiä <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä _____ <input type="checkbox"/> Ei								
Lapsen päivähoidon tarve ja toivottu hoitomuoto	<table border="1"> <tr> <td> Ensisijainen hoitomuoto (1-4) <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito <input type="checkbox"/> Esikoululaisen osapäivähoito </td> <td> Toissijainen hoitomuoto (1-3) <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito </td> </tr> <tr> <td>Ensisijainen hoitopaikka/-alue</td> <td>Toissijainen hoitopaikka/-alue</td> </tr> <tr> <td>Hoidon toivottu alkamispäivä ____ / ____ 20 ____</td> <td>HUOM! Ilmoittakaa, mikäli hoidon toivottu alkamisajankohta muuttuu!</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Hoitoaika <input type="checkbox"/> Kokopäivä (yli 5 h/pvä) klo _____ <input type="checkbox"/> Osapäivä (enint. 5 h/pvä) klo _____ </td> </tr> </table>	Ensisijainen hoitomuoto (1-4) <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito <input type="checkbox"/> Esikoululaisen osapäivähoito	Toissijainen hoitomuoto (1-3) <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito	Ensisijainen hoitopaikka/-alue	Toissijainen hoitopaikka/-alue	Hoidon toivottu alkamispäivä ____ / ____ 20 ____	HUOM! Ilmoittakaa, mikäli hoidon toivottu alkamisajankohta muuttuu!	Hoitoaika <input type="checkbox"/> Kokopäivä (yli 5 h/pvä) klo _____ <input type="checkbox"/> Osapäivä (enint. 5 h/pvä) klo _____	
	Ensisijainen hoitomuoto (1-4) <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito <input type="checkbox"/> Esikoululaisen osapäivähoito	Toissijainen hoitomuoto (1-3) <input type="checkbox"/> Päiväkotihoito <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito							
	Ensisijainen hoitopaikka/-alue	Toissijainen hoitopaikka/-alue							
	Hoidon toivottu alkamispäivä ____ / ____ 20 ____	HUOM! Ilmoittakaa, mikäli hoidon toivottu alkamisajankohta muuttuu!							
Hoitoaika <input type="checkbox"/> Kokopäivä (yli 5 h/pvä) klo _____ <input type="checkbox"/> Osapäivä (enint. 5 h/pvä) klo _____									
Hoitopäivien lukumäärä /kk _____ Lauantaihoidon tarve <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On, ____ krt/kk klo _____ Sunnuntaihoidon tarve <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On, ____ krt/kk klo _____ Iltahoidon tarve <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On, ____ krt/kk klo _____ Yöhoidon tarve <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> On, ____ krt/kk klo _____									
Lapsen terveydentila	Lapsen pitkäaikaiset sairaudet ja muut hoidon järjestämiseen liittyvät tekijät								
	Liitteenä seuraava todistus tai lausunto <input type="checkbox"/> Erikoislääkärin <input type="checkbox"/> Psykologin <input type="checkbox"/> Perheterapeutin <input type="checkbox"/> Muun, kenen _____								
	Saako tarvittaessa olla yhteydessä päivähoidon eri yhteistyötahojen (kuten neuvolan, koulun) kanssa lapsen kehitystä ja terveyttä koskeissa asioissa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Mitä lastenneuvolaa olette viimeksi käyttänyt, osoite _____								
Allekirjoitus	Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen ____. ____ 20 ____ Paikka _____ Allekirjoitus _____								

Palautusosoite

Laihian kunta, Varhaiskasvatustoimisto, PL 13 / Laihantie 50, 66400 Laihia