

LAPSEN TIEDOT

Lapsen nimi	Kutsumanimi	Henkilötunnus	Luokka-aste syksyllä
Osoite			

PERHEEN TIEDOT

Huoltaja	Henkilötunnus	Sähköposti
Osoite (mikäli eri kuin lapsen)		
Työ-/opiskelupaikka	Matkapuhelin	Työpuhelin

Huoltaja	Henkilötunnus	Sähköposti
Osoite (mikäli eri kuin lapsen)		
Työ-/opiskelupaikka	Matkapuhelin	Työpuhelin

Huoltajuus	Asumisjärjestelyt (mikäli esim. vuoroviikoin äidillä/isällä tms.)
<input type="checkbox"/> Yhteishuoltajuus	
<input type="checkbox"/> Yksinhuoltaja äiti/isä	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä	

AAMU- JA ILTAPÄIVÄTOIMINTAPAikka

Koulu

TOIMINTAAN OSALLISTUMINEN

Alkaen	Päättyen (jos tiedossa)
Osallistuu aamupäivätoimintaan klo	Osallistuu iltapäivätoimintaan klo
<input type="checkbox"/> Säännöllisesti koulupäivinä	
<input type="checkbox"/> Satunnaisesti (ennaltailmoitetusti)	

LUPA YHTEISTYÖTAHOIHIN

Saako olla yhteydessä aamu- ja iltapäivätoiminnan eri yhteistyötahojen (esim. terveydenhoidon) kanssa lapsen kehitystä ja terveyttä koskevista asioista	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
---	--------------------------------	-----------------------------

MUUT LISÄTIEDOT

<input type="checkbox"/> lapsen pitkäaikaissairaus	<input type="checkbox"/> paluumuutto	Kuntoutukset
<input type="checkbox"/> lapsen allergiat	<input type="checkbox"/> perheen uskonnollinen vakaumus	<input type="checkbox"/> puheterapia
<input type="checkbox"/> lapsen ruokavalio		<input type="checkbox"/> toimintaterapia
<input type="checkbox"/> erityishoidon tarve		<input type="checkbox"/> muu terapia

Haluan keskustella tarkemmin henkilökunnan kanssa yllä olevista asioista ennen toiminnan alkua

 kyllä

MUUTA HUOMIOITAVAA

<input type="checkbox"/> Vakuutan annetut tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkastamiseen	
Pvm	Allekirjoitus