



Alavuden kaupunki
PL 14
63300 Alavus

ESIOPETUSHAKEMUS

1 Lapsen henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet (kutsumanimi alleviivataan)			
	Henkilötunnus	Kotikunta	Äidinkieli	
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka		Puhelin kotiin	
2 Perheen tiedot <input type="checkbox"/> Yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> Yksinhuoltajuus <input type="checkbox"/> Lapsella kaksi perhettä	Äidin (avio- tai avopuolison nimi) Henkilötunnus		Ammatti tai tehtävä	
	Osoite		Sähköpostiosoite	
	Työ- / opiskelupaikka		Puhelin töihin	
	Isän (avio- tai avopuolison nimi) Henkilötunnus		Ammatti tai tehtävä	
	Osoite		Sähköpostiosoite	
	Työ- / opiskelupaikka		Puhelin töihin	
3 Esiopetustarve ja toivottu paikka	Tarve			
	<input type="checkbox"/> pelkkä esiopetus (suositellaan koulun esiopetusryhmää)			
	<input type="checkbox"/> esiopetus ja päivähoito	Hoidon toivottu alkamispvm	Päivittäinen hoitoaika (jos tiedossa) klo	
	Ensisijainen toive			
<input type="checkbox"/> koulu/alue: _____	Toissijainen toive			
<input type="checkbox"/> päiväkotiki: _____	<input type="checkbox"/> koulu/alue: _____			
<input type="checkbox"/> päiväkotiki: _____	<input type="checkbox"/> päiväkotiki: _____			
5 Lapsen päivähoito	Nykyinen hoidon järjestely			
6 Miten kuljetat lastasi esiopetukseen	Matka kodin - esikoulun välillä			
	Matka km _____ Kuljetusetuus (matka yli 3 km) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En käytä			
7 Perheen muut alle 18-vuotiaat lapset	Nimet ja syntymäajat			
8 Muut lisätiedot	<input type="checkbox"/> lapsen pitkäaikaissairaus	<input type="checkbox"/> paluumuutto	Lapsen 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
	<input type="checkbox"/> Muuta huomioitavaa: _____			
	Haluan keskustella tarkemmin henkilökunnan kanssa yllä olevista asioista ennen esikoulun alkua: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
9 Lupa yhteistyötahoihin	Lastani koskevista asioista voi olla tarvittaessa yhteydessä salassapitovelvollisiin yhteistyötahoihin (terveydenhoidon, sivistys- ja perusturvatoimen työntekijöihin) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
10 Tietojen antajan allekirjoitus	Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkastamiseen Paikka, aika ja allekirjoitus			