

**Alavuden kaupunki****Päivähoito****PL 14, 63300 Alavus****PÄIVÄHOITOHAKEMUS / ILMOITUS** Päiväkotihoito Perhepäivähoito Koululaisten päivähoito Ryhmäperhepäivähoito

<b>1 Lapsen henkilötiedot</b>	Sukunimi ja etunimet (kutsumanimi alleviivataan)				
	Henkilötunnus	Kotikunta	Äidinkieli		
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka		Puhelin kotiin		
<b>2 Perheen tiedot</b>	Äidin (avio- tai avopuolison nimi)		Henkilötunnus	Ammatti tai tehtävä	
	Työ- / opiskelupaikka		Puhelin työhön:		
	Isän (avio- tai avopuolison nimi)		Henkilötunnus	Ammatti tai tehtävä	
	Työ- / opiskelupaikka		Puhelin työhön:		
<b>3 Toivottu päivähoitomuoto / esiopetuspaikka</b>	Ensisijainen hoitomuoto		Toissijainen hoitomuoto		
	<input type="checkbox"/> Päiväkotihoito	<input type="checkbox"/> Perhepäivähoito	<input type="checkbox"/> Päiväkotihoito	<input type="checkbox"/> Perhepäivähoito	
	<input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito	<input type="checkbox"/> Muu hoitomuoto, mikä	<input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäivähoito	<input type="checkbox"/> Muu hoitomuoto, mikä	
	Ensisijainen hoitopaikka		Toissijainen hoitopaikka		
<b>4 Hoidon tarve</b>	Hoidon toivottu alkamispvm	<input type="checkbox"/>	Kokopäivähoito	Päivittäinen hoitoaika, klo	
		<input type="checkbox"/>	Osapäivähoito		
	<input type="checkbox"/> Osaviikkohoito pv / vk			<input type="checkbox"/> Lauantaihoito klo - klo	
	<input type="checkbox"/> Iltahoito klo - klo			<input type="checkbox"/> Sunnuntaihoito klo - klo	
	<input type="checkbox"/> Yöhoito klo - klo			<input type="checkbox"/> Lisätietoja	
<b>5 Kuljetus päivähoitoon</b>	Mahdollisuus käyttää omaa autoa				
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei			
<b>6 Lapsen nykyinen päivähoito</b>	Nykyinen hoidon järjestely				
<b>7 Perheen muut alle 18-vuotiaat lapset</b>	Nimet ja syntymäajat				
<b>8 Muut lisätiedot</b>	<input type="checkbox"/> lapsen pitkäaikaissairaus	<input type="checkbox"/> paluumuutto	<b>Lapsen kuntoutukset:</b>		
	<input type="checkbox"/> lapsen allergiat	<input type="checkbox"/> perheen uskonnollinen			<input type="checkbox"/> puheterapia
	<input type="checkbox"/> lapsen ruokavalio	<input type="checkbox"/> vakaumus			<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 hoidon alkua:				
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei			
<b>9 Lupa yhteistyötahoihin</b>	Lastani koskevissa asioissa voi olla tarvittaessa yhteydessä salassapitovelvollisiin yhteistyötahoihin (terveydenhoidon, sivistys- ja perusturvatoimen työntekijöihin)				
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei			
<b>10 Tietojen antajan allekirjoitus</b>	Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkastamiseen Paikka, aika ja allekirjoitus				