



KOULULAISEN ILTAPÄIVÄTOIMINTAHAKEMUS

<input type="checkbox"/>	JYRÄNGÖN KOULU	Koskensaarentie 7	puh. 050 593 9595/ Nykänen
<input type="checkbox"/>	KIRKONKYLÄN KOULU	Koulukuja 1	puh. 050 349 3991/ Granqvist
<input type="checkbox"/>	MYLLYOJAN KOULU	Karjalantie 90	puh. 050 595 1418/ Laurell
<input type="checkbox"/>	KAILAAN KOULU	Rajakatu 27	puh. 050 595 8856/ Kantoluoto
<input type="checkbox"/>	KAILAAN KOULU, Tommolan yksikkö	Hiidenhaudantie 2	puh. 050 595 8856/ Kantoluoto

Koululaisen tiedot

Suku- ja etunimet (alleviivaa kutsumanimi)		Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinumero	Toimipaikka
Ekaluokan aloittavan esiopetuspaikka	Koulu	
Luokka-aste <input type="checkbox"/> 1. luokka <input type="checkbox"/> 2. luokka <input type="checkbox"/> muu	Iltapäivätoiminnan toivottu alkamispäivä	
Erityisen tuen päätös (pakollinen tieto) <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei		

Huoltajien yhteystiedot

Äiti/muu huoltaja		Puhelin päivisin
Lähiosoite, mikäli eri kuin lapsen	Postinumero	Postitoimipaikka
Sähköpostiosoite		
Isä/muu huoltaja		Puhelin päivisin
Lähiosoite, mikäli eri kuin lapsen	Postinumero	Postitoimipaikka
Sähköpostiosoite		

Laskun maksajan nimi, osoite ja henkilötunnus (pakollinen tieto)

Nimi		Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka

Koululaisen terveydentila ja mahdollisia lisätietoja ryhmän muodostamista varten

Sairaudet, allergiat, erityisruokavalio (tarkemmat hoito-/ruokavalio-ohjeet kerhon ohjaajalle), lisätuen tarve
--

Huoltajan allekirjoitus

Päiväys	allekirjoitus ja nimen selvennys
---------	----------------------------------