



Uppgifter om barnet	Efternamn och samtliga förnamn (tilltalsnamnet understryks):		Myndigheternas anteckningar: Ansökan mottagen: Mottagare: Besluts nr: Ändringar:
	Personbeteckning:		
	Adress, postnummer och ort:		
	Modersmål: <input type="checkbox"/> Svenska <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Annat språk, vilket:		
	Hemspråk:		
	Religion, trossamfund:		
Uppgifter om familjen	Vårdnadshavare som faktureras (namn):	Personbeteckning	
	Telefonnummer:	E-postadress	
	Yrke, uppgift:	Arbets tid:	
	Arbets-, studieplats och telefonnummer:		
	<input type="checkbox"/> Heltidsarbete <input type="checkbox"/> Deltidsarbete <input type="checkbox"/> Skiftesarbete <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Föräldraledig datum __/__/__ - __/__/__ <input type="checkbox"/> Vårdledig datum __/__/__ - __/__/__ <input type="checkbox"/> Annat:		
	Civilstånd: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Änka/Änkling <input type="checkbox"/> Registrerat parförhållande		
	Barnets vårdnadshavare bor på samma adress <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
	Vårdnad, om barnets vårdnadshavare INTE bor tillsammans: <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> Ensamförsörjare		
	Maka/Make, Sambo (namn):	Personbeteckning:	
	Relation till barnet <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Vårdnadshavares make/maka/sambo		
	Telefonnummer:	E-postadress:	
	Yrke, uppgift:	Arbets tid:	
	Arbets-, studieplats och telefonnummer:		
<input type="checkbox"/> Heltidsarbete <input type="checkbox"/> Deltidsarbete <input type="checkbox"/> Skiftesarbete <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Föräldraledig datum __/__/__ - __/__/__ <input type="checkbox"/> Vårdledig datum __/__/__ - __/__/__ <input type="checkbox"/> Annat:			
Familjens storlek	Alla under 18 år hemmavarande barns namn, personbeteckning och plats inom småbarnspedagogik/skola:		

Barnets nuvarande småbarnspedagogik	<input type="checkbox"/> Kommunal småbarnspedagogik, plats: <input type="checkbox"/> Privat småbarnspedagogik, plats:		<input type="checkbox"/> Vårdas av förälder <input type="checkbox"/> Vårdare hemma	
Behov av småbarnspedagogik	Vård önskas fr.o.m. datum:			
	Vårdtid, kl.:		Antal vårddagar/vecka:	
	Antal timmar per månad, välj ett alternativ (se avgiftsinfo på separat bilaga)			
	<input type="checkbox"/> 60h/månad (1-14h/vecka) <input type="checkbox"/> 86h/månad (15-20h/vecka) <input type="checkbox"/> 115h/månad (21-27h/vecka) <input type="checkbox"/> max 149h/månad (28-34h/vecka) <input type="checkbox"/> över 149h/månad (minst 35h/vecka)			
	OBS! Överenskommet avtal om timbehov hålls minst 2 månader efter varandra!			
Behov av vård på lördagar:	Behov av vård på söndagar:	Behov av kvälls/nattvård:		
<input type="checkbox"/> Ja, vårdtid kl.: <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vårdtid kl.: <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vårdtid kl.: <input type="checkbox"/> Nej		
I första hand önskas plats inom småbarnspedagogiken vid:		I andra hand önskas plats inom småbarnspedagogiken vid:		
<input type="checkbox"/> Kottebo (Korsnäs Kby) <input type="checkbox"/> Tulavippan (Molpe) <input type="checkbox"/> Knorren (Harrström)		<input type="checkbox"/> Kottebo (Korsnäs Kby) <input type="checkbox"/> Tulavippan (Molpe) <input type="checkbox"/> Knorren (Harrström)		
Barnets hälsotillstånd och övriga uppgifter som bör beaktas	Dieter, allergier, sjukdomar:			
	<input type="checkbox"/> Läkarintyg (lämnas direkt till daghemmet), vad: _____ <input type="checkbox"/> Behov av läkemedelsbehandling på daghemmet (se skild plan för läkemedelsbehandling)			
Tillstånd och överenskommelser	Vårdnadshavarnas önskemål gällande barnets medverkan i verksamhet som är kopplad till religion.			
	Får barnet delta i aktiviteter ledda av församlingen (vid enheten)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ			
	Får barnet besöka kyrkan? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ			
	Tilläggsuppgifter:			
	Om barnet insjuknar under dagen, vem kontaktas i första hand (Namn och telefonnummer):			
	Vem får hämta barnet från daghemmet (Namn och telefonnummer):			
Godkännande och underskrift	Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga, samt är medveten om att inkomstuppgifter hämtas direkt från inkomstregistret för att fastställa klientavgiften inom småbarnspedagogiken			
	Datum	Underskrift och namnförtydligande		

Ansökan riktas till:

Bildningschef Camilla Moliis  050-5958829  camilla.moliis@korsnas.fi

Korsnäs Kommun, Strandvägen 4323, 66200 Korsnäs

Märk kuvertet med "Ansökan om plats inom småbarnspedagogiken"