



ÅBO

Bildningssektorn
Småbarnsfostran

ANSÖKAN OM DT CJ G'LEKSKOLEVERKSAMHET

Deltagandet i lekskolan påverkar inte vårdstödet som betalas av FPA.

Lekskolans namn _____ /Dagvårdsenhet Dtcj gunqrcp

6"fc i ct "l'xgenø

Plats önskas fr.o.m. ____/____ 20____

Barnets namn _____ Personbeteckning _____

Barnets hemspråk _____

Vårdnadshavarna:

Namn _____ födelsedatum _____ telefon _____

Namn _____ födelsedatum _____ telefon _____

Adress _____

Postnummer _____

E-post _____

Barnet hämtas/lämnas av _____

Telefon _____

Övrig information om barnet (t.ex. allergier, sjukdomar m.m.) _____

(Information som gäller barnet är konfidentiell och lekskolepersonalen har tystnadsplikt) Era uppgifter kommer att registreras i social- och hälsovårdsväsendets klientdatasystem för dagvården

Samtycke till fotografering:

Jag godkänner / godkänner inte att mitt barn fotograferas

____ / ____ 20____

Vårdnadshavarens underskrift

Daghemsföreståndarens eller familjedagvårdsledarens underskrift

Returneras till Braheskolans daghemsföreståndare Sinikka Sihvo-Viemerö.

Kontaktuppgifter: Djupdiksvägen 27, 20810 Åbo

Tfn: 040 647 3576