



<b>LAPSEN TIEDOT</b>	Sukunimi		Etunimet	
	Henkilötunnus	Kansalaisuus		Kotikieli
	Osoite			
	Puhelin (koti, gsm)		Sähköpostiosoite	
<b>PERHEEN TIEDOT</b>	Äidin (avio- tai avopuolison) nimi			
	Henkilötunnus		Ammatti	
	Työ- / opiskelupaikka ja osoite			
	Puhelin		Sähköpostiosoite	
	Isän (avio- tai avopuolison) nimi			
	Henkilötunnus		Ammatti	
	Työ- / opiskelupaikka ja osoite			
	Puhelin		Sähköpostiosoite	
Perheen muiden alle 18-v lasten nimet ja henkilötunnukset				
<b>HOIDON TARVE</b>	Päivittäinen hoitoaika		Hoidon toivottu alkamispäivämäärä	
	klo -			
	<input type="checkbox"/> Kokopäivä		<input type="checkbox"/> Iltahoito, kello - asti	
	<input type="checkbox"/> Osapäivä (enintään 5 h / pvä)		<input type="checkbox"/> Ympäri vuorokautinen hoito	
<input type="checkbox"/> Osaviikko - päivää / viikko		<input type="checkbox"/> Viikonloppuhoito		
Kuljetusmahdollisuus				
<input type="checkbox"/> Kyllä, minne				
<input type="checkbox"/> Ei				



<b>TOIVOTTU HOITOPAIKKA</b>	Ensisijainen hoitomuoto <input type="checkbox"/> Päiväkoti <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäiväkoti <input type="checkbox"/> Kolmiperhehoito <input type="checkbox"/> Kerho	Toissijainen hoitomuoto <input type="checkbox"/> Päiväkoti <input type="checkbox"/> Perhepäivähoito <input type="checkbox"/> Ryhmäperhepäiväkoti <input type="checkbox"/> Kolmiperhehoito <input type="checkbox"/> Kerho
	Ensisijainen hoitopaikka / -alue	Toissijainen hoitopaikka / -alue
<b>LAPSEN TERVEYDENTILA</b>	Lapsen pitkäaikaiset sairaudet ja muut hoidon järjestämiseen liittyvät tekijät esim. allergiat	
<b>MUUT LISÄTIEDOT</b>		
<b>LAPSEN NYKYINEN PÄIVÄHOITO</b>	<input type="checkbox"/> Kunnallinen hoitopaikka <input type="checkbox"/> Yksityinen hoitopaikka	<input type="checkbox"/> Hoitaja kotona <input type="checkbox"/> Vanhempi hoitaa Vanhempainraha päättyy . . . 20
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	Vakuutan, että hakemuksessani antamani tiedot ovat oikein  Päiväys Allekirjoitus	
<b>VIRANOMAISEN MERKINNÄT</b>		