

SOPIMUS LAPSEN PÄIVÄHOITOPAIKAN KÄYTTÖSTÄ JA HOITOMAKSUN MUUTTAMISESTA

Lapsen nimi	Henkilötunnus
-------------	---------------

Lapsen nimi	Henkilötunnus
-------------	---------------

Äidin / avopuolison nimi

Isän / avopuolison nimi

Osoite	Puhelin kotiin / GSM
--------	----------------------

Hoitopaikka

Ilmoitamme, että lapsemme tulee käyttämään päivähoitopaikkaa siten, että hoitopäiviä kalenterikuukaudessa tulee keskimäärin _____ pv/kk.

Hoitopäivien muutos tulee voimaan alkaen _____ / _____ 20____ .

*Hoitopäivien muutoksen on oltava voimassa vähintään 3 kuukautta.

Lapsemme päivittäinen hoitoaika (mistä - mihin) on, klo _____ - _____.

Ilmajoki _____ / _____ 20____

Huoltajan allekirjoitus