



TOIMINTAPAikka			
ALOITUSPÄIVÄ	<input type="checkbox"/> koulun alkaessa <b>11.8.2020</b> <input type="checkbox"/> myöhemmin, _____		
LAPSEN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi		
	Etunimet		
	Kotiosoite		
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Koulu		
	Opettajan nimi	Luokka	Koulun puhelin
HUOLTAJIEN YHTEYSTIEDOT	Sukunimi	Sukunimi	
	Etunimi	Etunimi	
	Puhelin päivisin	Puhelin päivisin	
	Mikäli vanhempia ei tavoiteta, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä?		
TOIVEET TOIMINNAN SISÄLLÖSTÄ (lapsen ja huoltajan)			
TOIMINNASTA LÄHTEMINEN	Lapsi <b>haetaan</b> toimintapaikasta klo		
	Lapsi <b>lähtee yksin</b> klo		
Vain kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain piirissä olevat oppilaat	Lapsi on koulukuljetuksessa, kyyti lähtee klo		
LISÄTIETOJA	Muuta huomioitavaa lapsesta (allergiat, sairaudet, lääkitys, tehostetun tai erityisen tuen tarve ym.)		
	Koululla on oikeus antaa lapsemme tuen tarpeeseen liittyvää tietoa aamu- ja iltapäivätoiminnan ohjaajalle ____ kyllä ____ ei		
ALLEKIRJOITUS	Aika ja paikka		
	Allekirjoitus (nimenselvennys)		