



1. Personuppgifter om barnet	Släktnamn och förnamn (strecka under tilltalsnamnet)		Personbeteckning						
	Näradress, postnummer och postanstalt		Telefon hem						
	Skola		Årskurs till hösten						
	Modersmål <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> Annat, vilket		Hemspråk						
2. Vårdnadshavarens uppgifter	Moderns (eller sambos) namn	Personbeteckning	Arbets-/studieplats och telefon						
	Faderns (eller sambos) namn	Personbeteckning	Arbets-/studieplats och telefon						
3. Önskad vårdplats	<input type="checkbox"/> Rökiö skola (under förutsättning att UTB beslutar att fortsätta verksamheten) <input type="checkbox"/> Maxmo kyrkoby skola <input type="checkbox"/> Centrumskolan i Oravais <input type="checkbox"/> Daghemmet Solbacken <input type="checkbox"/> Karvsor skola <input type="checkbox"/> Grufffamiljedaghemmet Leppäkerttu <input type="checkbox"/> Särkimo skola <input type="checkbox"/> Koskeby skola (under förutsättning att UTB beslutar att inleda verksamheten)								
4. Behov av vård	Behov av vård fr.o.m. ____ datum ____ / ____ 20 ____ Anmäl om önskad tid ändras!								
	Välj antal vårddagar och vårdtimmar/dag <input type="checkbox"/> Max 10 dagar/ månad <input type="checkbox"/> 11-21 dagar/månad <input type="checkbox"/> Max 3 h/dag <input type="checkbox"/> 3-4 h/dag <input type="checkbox"/> Över 4 h/dag								
	Behov av förmiddagsvård		Behov av eftermiddagsvård						
	<input type="checkbox"/> måndag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> torsdag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> tisdag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> fredag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> onsdag kl. ____ - ____		<input type="checkbox"/> måndag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> torsdag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> tisdag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> fredag kl. ____ - ____ <input type="checkbox"/> onsdag kl. ____ - ____						
Skiftesarbetande föräldrar, behov av vård ____ timmar per dag, de dagar som barnet är i vård.									
5. Behov av stöd	Behov av eventuellt stöd i gruppen								
	Beslut om särskilt stöd i skolan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		Allergier						
6. Uppgiftslämnarens underskrift	Jag intygar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att uppgifterna kontrolleras. Plats och datum, underskrift								
Avgifterna	<table border="0"> <tr> <td>max 3 tim/dag och max 10 dgr/mån = 60€</td> <td>max 3 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 80€</td> </tr> <tr> <td>3-4 tim/dag och max 10 dgr/mån = 80€</td> <td>3-4 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 100€</td> </tr> <tr> <td>över 4 tim/dag och max 10 dgr/mån = 100€</td> <td>över 4 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 120€</td> </tr> </table>			max 3 tim/dag och max 10 dgr/mån = 60€	max 3 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 80€	3-4 tim/dag och max 10 dgr/mån = 80€	3-4 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 100€	över 4 tim/dag och max 10 dgr/mån = 100€	över 4 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 120€
max 3 tim/dag och max 10 dgr/mån = 60€	max 3 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 80€								
3-4 tim/dag och max 10 dgr/mån = 80€	3-4 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 100€								
över 4 tim/dag och max 10 dgr/mån = 100€	över 4 tim/dag och 11-21 dgr/mån = 120€								
Anmälan lämnas in till: Bildningsavdelningen, Vöråvägen 18, 66600 Vörå									