

Oppilaan henkilö-tiedot	Sukunimi ja etunimi		
	Henkilötunnus	Kotikunta	Asuinalue
	Osoite		
	Luokka-aste toiminnan alkaessa	Koulu	
	Oppilaan allergiat/sairaudet ja erityisen tuen tarve (liitteet). Erityisruokavaliosta on toimitettava lääkärin tai terveydenhoitajan todistus.		
Huoltajat (samassa taloudessa lapsen kanssa asuvat)	Huoltaja 1	Henkilötunnus	
	Ammatti/työpaikka	Työaika	
	Matkapuhelin/puh. työ	Sähköpostiosoite	
		<input type="checkbox"/> Hyväksyn sähköiset päätökset	
	Huoltaja 2	Henkilötunnus	
	Ammatti/työpaikka	Työaika	
Huoltajuus	<input type="checkbox"/> lapsen vanhemmat ovat avio/avoliitossa <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus, lapsi on kirjoilla _____ luona <input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus, lapsi on kirjoilla _____ luona <input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus, lapsi asuu _____ luona		
	Etävanhemman nimi ja yhteystiedot		
Toiminta-paikka	<input type="checkbox"/> Askaisten koulu	<input type="checkbox"/> Seikelän koulu	
	<input type="checkbox"/> Kurittulan koulu	<input type="checkbox"/> Tammenahjon koulu	
	<input type="checkbox"/> Lemun koulu		
Toiminta-muoto	<input type="checkbox"/> Aamu- ja/tai iltapäivätoiminta yli 4 h/pv	<input type="checkbox"/> Aamupäivätoiminta 5 krt/kk	
	<input type="checkbox"/> Aamu- ja/tai iltapäivätoiminta enintään 4 h/pv	<input type="checkbox"/> Iltapäivätoiminta 5 krt/kk	
	<input type="checkbox"/> Aamu- ja/tai iltapäivätoiminta enintään 3 h/pv	<input type="checkbox"/> Vain aamupäivätoiminta	
		<input type="checkbox"/> Vain iltapäivätoiminta	
Aloituspäivä	Toiminnan toivottu alkamispvm.		
Allekirjoitus	Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkastamiseen		
	Pvm ____ / ____ 20____		
	Huoltaja	Nimenselvennös	