HAKEMUS KEURUUN KAUPUNGIN PERUSOPETUKSEN AAMU- JA ILTAPÄIVÄTOIMINTAAN LUKUVUONNA 2024-2025
[www.edu.fi](http://www.edu.fi), [www.apip.fi](http://www.apip.fi)

Hakemuksen saapumispäivä **\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_**

**Lapsen yhteystiedot**

|  |  |
| --- | --- |
| Suku- ja etunimi | Henkilötunnus |
| Lähiosoite |
| Postinumero ja –toimipaikka | Puhelin kotiin |
| Laskutusosoite (jos eri kuin edellä) |
| Koulu | Luokka-aste syksyllä |

**Huoltajien yhteystiedot**

|  |  |
| --- | --- |
| Suku- ja etunimi sekä sähköposti (Laskun maksaja) | Henkilötunnus |
| Saako puhelinnumeron liittää vanhempien WhatsApp ryhmään? Kyllä\_\_\_ Ei\_\_\_ | Puhelin päivisin |
| Suku- ja etunimi sekä sähköposti | Henkilötunnus |
| Saako puhelinnumeron liittää vanhempien WhatsApp ryhmään? Kyllä\_\_\_ Ei\_\_\_ | Puhelin päivisin |

**Haettava aamu- ja iltapäivätoiminta
(Keskustan Iltis, Kivelän Iltis, Haapamäen Iltis, Keskustan Aamupäivätoiminta,Kivelän Aamupäivätoiminta)**

|  |
| --- |
| Ensisijaisesti toivottu paikka (lisäksi varalle toinen vaihtoehto):1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Toiminnan tarve alkaa: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_20\_\_\_  |
| **Järjestäminen ja hinnoittelu****kunnan päätöksen mukaisesti**.Rastita sopiva vaihtoehto.  | \_\_\_aamupäivätoiminta, Keskusta klo 7 -10 80 €/kk\_\_\_aamupäivätoiminta, Kivelä klo 7 -10 80 €/kk\_\_\_kehitysvammaisten aamupäivätoiminta klo 7 - 10\_\_\_iltapäivätoiminta 4 h/pv Haapamäki klo 12.30–16.30 100 €/kk \_\_\_iltapäivätoiminta 4 h/pv Kivelä/keskusta klo 12–16/13–17 100 €/kk\_\_\_iltapäivätoiminta yli 4h/pv Kivelä / keskusta klo 12 - 17 140 €/kk\_\_\_kehitysvammaisten iltapäivätoiminta klo 12 - 16:15  |

**Lisätiedot ryhmän muodostamista varten**

|  |
| --- |
| Mahdollinen erityisen tuen tarve (x): Kyllä \_\_\_ Ei\_\_\_ Päätös liitteenä\_\_\_ |
| Allergiat, sairaudet ja lääkitys: |
| Saako vaihtaa tietoja (x)esikoulunopettajan\_\_\_ opettajan\_\_\_ terveydenhoitajan\_\_\_ terapeutin \_\_\_ sosiaalitoimen\_\_\_ kanssa? |

\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Päiväys Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakuaika toimintaan 4.3.– 25.4.2024 välisenä aikana. Valinnasta toimintaan tiedotetaan kirjeitse 17.5.2024 mennessä. **Palautusosoite**: Keuruun kaupunki, Koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta, Niina Sunila, Keuruun ala-aste, Keuruuntie 18, 42700 Keuruu

|  |
| --- |
| **LAPSEN PARHAAKSI** |