



Taustatietoja jälkkäriläisestä

Yhteystietoja

Lapsen nimi		
Huoltajan nimi päivisin	henkilötunnus (laskun maksaja)	Puhelin
Huoltajan nimi päivisin	Puhelin	
Mikäli huoltajia ei tavoiteta, keneen voi olla yhteydessä?		Puhelin päivisin

Sovittavia asioita

Lapsi aloittaa toiminnan _____. _____ 202__	Toiminta-aika: ▪ päivittäin ▪ korkeintaan 12 päivänä kuukaudessa • kulkee itsenäisesti kotimatkat kotiinlähtöaika klo _____ Aika määriteltävä vakuutusturvan vuoksi. Jälkkärin vakuutus ei kata kotimatkoja Lapseni haetaan toiminnasta, kuka/ketkä? _____ Muistattehan ilmoittaa, jos muita hakijoita!	☐ ☐ ☐ ☐												
	• Sisältää ohjattua iltapäivätoimintaa enintään 6 tuntia päivässä klo 11/12–17 välisenä aikana. • Tapaturmavakuutuksen toiminnassa. • Päivittäisen välipalan • Toimintaan kuuluvat harrastekerhot, retket ja tapahtumat.													
Lapsemme	• tuen asioissa voidaan välittää tietoa päiväkodin, koulun ja Jälkkärin välillä asioiden vuoksi • tekee läksyt Jälkkärissä • saa osallistua Jälkkärin lähiretkille • saa olla kuvissa, jotka ovat Jälkkärin omaan käyttöön Lisätietoa edellä oleviin kohtiin liittyen: _____ _____ _____	<table><tr><td>Kyllä</td><td>☐</td></tr><tr><td>Ei</td><td>☐</td></tr><tr><td>Kyllä</td><td>☐</td></tr><tr><td>Ei</td><td>☐</td></tr><tr><td>Kyllä</td><td>☐</td></tr><tr><td>Ei</td><td>☐</td></tr></table>	Kyllä	☐	Ei	☐	Kyllä	☐	Ei	☐	Kyllä	☐	Ei	☐
Kyllä	☐													
Ei	☐													
Kyllä	☐													
Ei	☐													
Kyllä	☐													
Ei	☐													

Lisätiedot

Onko lapsellanne allergioita tai erityisruokavaliota?

Mahdolliset sairaudet ja säännöllinen lääkitys?

Millaisia vahvuuksia lapsellanne on?

Missä asioissa lapsenne tarvitsee tukea?

Toiveita Jälkkäri –toimintaan esim. läksyjenteko tai toiminnan sisällöt? Otamme mielellämme vastaan toiveita ja ehdotuksia.

Paikka ja päiväys _____._____.2024

Huoltajan allekirjoitus
