



**Siilinjärven kunta**  
Sivistyspalvelut  
Koulutoimisto  
PL 5, 71801 Siilinjärvi  
Puh. 044 740 1306

**Hakemus  
koulunkäyntioikeudesta**

<b>Oppilasta koskevat tiedot</b>	Oppilaan nimi	Henkilötunnus	
	Nykyinen / tuleva osoite (lähi- ja postiosoite)	Lähtien, pvm	
	Entinen osoite, jos hakemus perustuu asuinpaikan vaihdokseen	Kotikunta osoitemuutoksen jälkeen	
	Koulu, jossa oppilas opiskelee	Luokka / ryhmä	
	Huoltajan nimi, osoite ja puhelinnumero		
<b>Huoltajan hakemus, perustelu ja allekirjoitus</b>	<b>Haen lapselleni koulunkäyntioikeutta</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>toissijaiseen kouluun</b> (vieras koulunkäyntialue, vieras kunta)		
	<input type="checkbox"/> <b>ensisijaiseen kouluun</b> (kunnan osoittama lähikoulu)		
	Koulu, johon oppilas kuuluu asuinpaikan mukaan (ensisijainen koulu)	Lähtien, pvm	Luokka
	Koulu, johon oppilas hakee	Lähtien, pvm	Luokka
Hakemuksen perustelu			
_____		_____	
Paikka ja pvm		Huoltajan allekirjoitus	
<b>Liitteet</b>	<input type="checkbox"/> lääkärinlausunto <input type="checkbox"/> muu asiantuntijalausunto		
<b>Koulun / rehtorin lausunto</b>	Lausunnon sisältö, antaja ja allekirjoitus		