

**Kehitysvammaisten lasten koulun loma-ajan hoidon tarve****HAKEMUS****Lapsen yhteystiedot**

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postitoimipaikka
Koulu	Luokka-aste

**1. Huoltajan yhteystiedot**

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postitoimipaikka	
Puhelin	Sähköpostiosoite	

**2. Huoltajan yhteystiedot**

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postitoimipaikka	
Puhelin	Sähköpostiosoite	

**Lomahoitojen ajakohdat** Valitse oikea koululaisten loma-ajankohta ja merkitse päivämäärät ja päivittäinen hoitoaika alempana olevaan taulukkoon

Talviloma       Kesäloma       syysloma

**Huoltajien työhön tai opiskeluun perustuva välttämätön loma-ajan hoidontarve**

pv.kk.vv	mistä-mihin	klo	mistä-mihin	pv.kk.vv	mistä-mihin	klo	mistä-mihin
pv.kk.vv	-	klo	-	pv.kk.vv	-	klo	-
pv.kk.vv	-	klo	-	pv.kk.vv	-	klo	-
pv.kk.vv	-	klo	-	pv.kk.vv	-	klo	-
pv.kk.vv	-	klo	-	pv.kk.vv	-	klo	-

**Lisätiedot erityisen tuen tarpeesta**

**Diagnoosi**       Kehitysvammaisuus/autismi       Vaikeavammaisuus, mikä?

Sairaudet:

Lääkitys:

Allergiat:

Apuvälineet:

Muuta huomioitavaa:

Lisätiedot:

Kesähoidon hakemus palautetaan \_\_\_\_\_ mennessä. Hakemukset palautetaan Päivätoimintapalvelujen esimiehelle osoitteeseen: Isoniityntie 49, 30300 Forssa

SITOUMUS:

Palauttamalla allekirjoitetun lomakkeen sitoudun ilmoittamaan muutokset päivittäisessä toiminta-ajassa sekä irtisanomaan varatun hoitopaikan vähintään kaksi viikkoa ennen jakson alkua.

pvm      Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys