



LAPPTRÄSK KOMMUN
Dagvård

ANSÖKAN OM BYTE AV DAGVÅRDSPLATS

_____ nuvarande daghem eller familjedagvårdshem

Jag önskar byta till en annan dagvårdsplats _____

_____ dagvårdsplatsens namn (önskemål)

BARNETS PERSONUPPGIFTER	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning
HEMADRESS	Adress		Telefonnummer
SYSKON	Antal barn i familjen	Syskonens födelseår	Får vid behov tas kontakt med olika samarbetspartner inom dagvården (såsom rådgivning, skolan) i frågor som gäller barnets utveckling och hälsa <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
BEHOVET AV DAGVÅRD	Daglig vårdtild Kl. - Kl. -	Vårdningsbehovet per månad	Möjlighet att använda bil för transport ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
VÅRDNADSHAVARENS PERSONUPPGIFTER	Moderns (eller sambos) namn		Personbeteckning
	Yrke	Arbetsplats	Arbetsplatsens adress och telefonnummer
	Arbets tid vardagar, kl.	Lördagar, kl.	Lördagsarbetsturer/mån _____ Lediga vardagar/mån _____ Söndags- eller natt-arbetsturer/mån _____
	Faderns (eller sambos) namn		Personbeteckning
	Yrke	Arbetsplats	Arbetsplatsens adress och telefonnummer
	Arbets tid vardagar, kl.	Lördagar, kl.	Lördagsarbetsturer/mån _____ Lediga vardagar/mån _____ Söndags- eller natt-arbetsturer/mån _____
ALLERGIER OCH BEHOV AV SPECIALVÅRD	<input type="checkbox"/> Matallergi <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Djurallergi		Utlåtande över specialvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> På kommande
RESERVPERSON DÅ VÅRDNADSHAVARE INTE ÄR ANTRÄFFBAR	Telefonnummer	Namn	
TILLÄGGSUPPGIFTER			
OBS !	VÄSENTLIGA FÖRÄNDRINGAR (GÄLLANDE T.EX. VÅRDTIDEN, FÖRVÄRVSINKOMSTER, ARBETSPLATS, FAMILJEFÖRHÅLLANDENA) BÖR MEDDELAS OMEDELBART.		
UNDERSKRIFT	Jag intygar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att uppgifterna kontrolleras.		
	_____ Datum	_____	Underskrift