



LAPPTRÄSK KOMMUN

Dagvård

ÖVERENSKOMNA VÅRDDAGAR / ÄNDRING AV ÖVERENSKOMNA VÅRDDAGAR

Barnets namn: _____ föd.dat.: _____

Dagvårdsplats: _____

Anhåller om ändring av dagvårdsavgiften p.g.a. ändring i dagvårdsbehovet.

Dagvårdsbehovet är:

Heldagsvård (över 5 h/dag) _____ dagar/mån, fr.o.m. _____

Halvdagsvård (under 5 h/dag) _____ dagar/mån. fr.o.m. _____

2 dagar/vecka, 3,5 tim./dag (lekverksamhetsplats), fr.o.m. _____

Ändringen görs i början av månaden. Frånvarodagar under en eller två månader berättigar inte till nedsatt avgift utan frånvaron skall vara fortgående. Flyttning av de överenskomna vårddagarna till följande månad eller överskridning av dem är ej möjligt. Om barnet har halvdagsvård och behöver heldagsvård skall ny ansökan om dagvårdsplats fyllas i.

Lapträsk ___ / ___ 20___

vårdnadshavarens underskrift

dagvårdsdirektörens underskrift

Returneras till dagvårdsplatsen !