



LAPTRÄSK KOMMUN
Tjänster för småbarnsfostran

ÖVERENSKOMNA VÅRDTIDER

Barnets namn _____ föd.dat. _____

Dagvårdsplats _____ månad _____

Dag	Daglig vårdtid	Dag	Daglig vårdtid
		Vårddag./mån sammanlagt	

Lapträsk ___ / ___ 20___

Vårdnadshavarens underskrift

Mottagarens underskrift