



LAPPTRÄSK KOMMUN  
Tjänster för småbarnsfostran

**ANSÖKAN OM BYTE AV DAGVÅRDSPLATS**

\_\_\_\_\_ nuvarande daghem eller familjedagvårdshem

Jag önskar byta till en annan dagvårdsplats  
fr.o.m. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dagvårdsplatsens namn (önskemål)

<b>BARNETS PERSONUPPGIFTER</b>	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning
<b>HEMADRESS</b>	Adress		Telefonnummer
<b>SYSKON</b>	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
<b>BEHOVET AV DAGVÅRD</b>	Daglig vårdtid Kl. - Kl. -	Vårdningsbehovet per månad	Möjlighet att använda bil för transport ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>VÅRDNADSHAVARENS PERSONUPPGIFTER</b>	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 _____
<b>ALLERGIER OCH BEHOV AV SPECIALVÅRD</b>	<input type="checkbox"/> Matallergi <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Djurallergi		<b>Utlåtande över specialvård</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> På kommande
<b>RESERVPERSON DÅ VÅRDNADSHAVARE INTE ÄR ANTRÄFFBAR</b>	Telefonnummer	Namn	
<b>TILLÄGGSUPPGIFTER</b>			
<b>OBS !</b>	<b>VÄSENTLIGA FÖRÄNDRINGAR (GÄLLANDE T.EX. VÅRDTIDEN, FÖRVÄRVSINKOMSTER, ARBETSPLATS,FAMILJEFÖRHÅLLANDENA) BÖR MEDDELAS OMEDELBART.</b>		
<b>UNDERSKRIFT</b>	Jag intygar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att uppgifterna kontrolleras.		
	Datum		Underskrift