



SIIKALATVAN KUNTA
PÄIVÄHOITO

Hallintotie 5
92700 Kestilä

MUUTOS HOITOSUHTEESSA/IRTISANOMINEN

Lapsen nimi / lasten nimet:

Hoidontarve muuttuu ___/ ___ 20__ alkaen

RASTITA SOPIVA VAIHTOEHTO

- | | |
|----------------|-----------------|
| ___ päivähoito | 0 – 14 h/vk |
| ___ päivähoito | 15 – 20 h/vk |
| ___ päivähoito | 21 – 28 h/vk |
| ___ päivähoito | 29 – 34 h/vk |
| ___ päivähoito | 35 tai yli h/vk |

mikäli hoitoaika vaihtelee viikoittain voidaan ilmoittaa esim 3vk tai 4vk hoitoajat josta otetaan keskiarvo

___ määräaikaisen hoitosuhteen jatkuminen ___/ ___ 20__ saakka

___ päivähoitopaikan irtisanominen

viimeinen hoitopäivä ___/ ___ 20__

Muuta huomioitavaa tai lisätietoa

Siikalatvalla ___/ ___ 20__

huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Muutos hoitosuhteessa tulee voimaan aina ilmoittamisesta seuraavan kuukauden alusta. Hoitoajat tulee ilmoittaa hoitopaikkaan pyydettyyn päivään mennessä. Mikäli päivähoitopaikassa ei ole tiedossa pyydettyyn ajankohtaan mennessä lapsenne hoitoaikoja, oletamme, että lapsenne ei tarvitse hoitoa kyseisellä jaksolla.

Lomake palautetaan päivähoitopaikkaan tai päivähoidonohjaajalle/päiväkodinjohtajalle.

Saapunut ___/ ___ 20__

___ muutos tallennettu päivähoito-ohjelmaan

Vastaanottaja: _____