

ANSÖKAN OM DAGVÅRD OCH ANMÄLAN TILL FÖRSKOLA

Daghemsvård
 Familjedagvård

Lekverksamhet
 Förskola

Personuppgifter om barnet	Släktnamn och förnamn	Personbeteckning	
	Näradress, postnummr och postanstalt	Telefon hem/mobil	
	Modersmål <input type="checkbox"/> Svenska <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Annat	Hemspråk	
Personuppgifter om vårdnadshavarna	Moderns (eller sambos) namn	Personbeteckning	Yrke eller uppgift
	Nuvarande arbetsplats, adress och telefon		
	Arbetstid, börjar och slutar kl.		
	Faderns (eller sambos) namn	Personbeteckning	Yrke eller uppgift
	Nuvarande arbetsplats, adress och telefon		
	Arbetstid, börjar och slutar kl.		

DAGVÅRD

Önskad vårdform	Vårdform i första hand	Daghemsvård <input type="checkbox"/> Heldagsvård <input type="checkbox"/> Deltidsvård Familjedagvård <input type="checkbox"/> Familjedagvård i <input type="checkbox"/> Familjedagvård i grupp vårdarens hem <input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken	
	Vårdtid kl.		
Vårdform i andra hand	Vårdform i andra hand	Daghemsvård <input type="checkbox"/> Heldagsvård <input type="checkbox"/> Deltidsvård Familjedagvård <input type="checkbox"/> Familjedagvård i <input type="checkbox"/> Familjedagvård i grupp vårdarens hem <input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken	
	Vårdtid kl.		
Önskad vårdtid	Vård önskas fr.o.m. datum	Antal vård dagar/mån	Behov av vård på lördag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Alternativa vårdplatser	Vårdplats i första hand, daghemmets namn/familjedaghemmets område		
	Vårdplats i andra hand, daghemmets namn/familjedaghemmets område		
Transport till dagvård	Möjlighet att använda bil för transport till dagvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

FÖRSKOLA

Anmälan till förskola	Barnet anmäles till följande förskola:
-----------------------	--

2 (2)

Barnets nuvarande dagvård	<input type="checkbox"/> I eget hem <input type="checkbox"/> I privat familjedagvård <input type="checkbox"/> I kommunal familjedagvård <input type="checkbox"/> I daghem
	<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken
	Nuvarande vårdares namn
	Hur många vårdplatser har barnet hittills haft
Vård då barnet insjuknar	Om barnet insjuknar, hur ordnas barnets vård
Familjens övriga barn	Namn och födelsetid
	Ansökt om vårdplats, vart
Barnets familjeförhållande	Barnet bor hos
	<input type="checkbox"/> De egna föräldrarna <input type="checkbox"/> Den ena föräldern <input type="checkbox"/> Mor- /farföräldrarna <input type="checkbox"/> Annan släkting <input type="checkbox"/> Annorstädes, var
Barnets hälsotillstånd	Får vid behov tas kontakt med olika samarbetsparter inom dagvården (såsom rådgivningsbyrån) i frågor som gäller barnets utveckling och hälsa
	Vilken rådgivningsbyrå för barnvård har ni senast besökt
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Sjukdomar, allergier, diet, fortgående medicinering mm
Hurudant arbete har vårdnadshavaren	Modern
	<input type="checkbox"/> Ej förvärvsarbete <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Förvärvsarbete hemma <input type="checkbox"/> Förvärvsarbete utanför hemmet
	<input type="checkbox"/> Heldagsarbete <input type="checkbox"/> Halvdagsarbete <input type="checkbox"/> Skiftesarbete <input type="checkbox"/> Tillfälligt arbete
	Fadern
	<input type="checkbox"/> Ej förvärvsarbete <input type="checkbox"/> Studerar <input type="checkbox"/> Förvärvsarbete hemma <input type="checkbox"/> Förvärvsarbete utanför hemmet
	<input type="checkbox"/> Heldagsarbete <input type="checkbox"/> Halvdagsarbete <input type="checkbox"/> Skiftesarbete <input type="checkbox"/> Tillfälligt arbete
	Husdjur hemma
	<input type="checkbox"/> Ja, vilket <input type="checkbox"/> Nej
Tilläggsuppgifter	
Uppgiftslämnarens underskrift	Jag intygar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att uppgifterna kontrolleras Ort, tid och underskrift