

SOPIMUS LAPSEN PÄIVÄHOITOPAIKAN KÄYTÖSTÄ JA HOITOMAKSUN MUUTTAMISESTA

Lapsen nimi

Henkilötunnus

Lapsen nimi

Henkilötunnus

Äidin / avopuolison nimi

Isän / avopuolison nimi

Osoite

Puh. nro

Hoitopaikka

Hoitopäivien muutos astuu voimaan aina kalenterikuukauden alusta saakka (ei kesken kuukauden).

Ilmoitamme, että lapsemme tulee käyttämään päivähoitopaikkaa siten, että **hoitopäiviä kalenterikuukaudessa** tulee keskimäärin _____ pv/kk.

Hoitopäivien muutos tulee voimaan 1 / _____ kuuta 20____ alkaen.

* Hoitopäivien muutoksen on oltava voimassa vähintään 3 kuukautta.

Lapsemme päivittäinen hoitoaika (mistä - mihin) on, klo _____ - _____.

Ilmajoella _____ / _____ 20____

Huoltajan allekirjoitus