

Mottaget av, datum: _____

Lagrad: _____

ANMÄLAN OM ÄNDRING / AVSLUTANDE AV SMÅBARNSPEDAGOGIK / FÖRSKOLEUNDERVISNING

Barnets namn:	Vårdnadshavares telefonnummer:
Personbeteckning:	Dagvårdsenhet:
BEHOVET AV SMÅBARNSPEDAGOGIK ändrar fr.o.m. _____ 20____ (månad) (år)	
Vårdtiden per dag är kl. -	
<input type="checkbox"/> Halvdagsvård högst 20 h/vecka <input type="checkbox"/> Heldagsvård 21 – 35 h/vecka <input type="checkbox"/> Heldagsvård över 35 h/vecka	
FÖRSÖK MED AVGIFTSFRI SMÅBARNSPEDAGOGIK FÖR 5-ÅRINGAR 1.8.2020-31.7.2021	
<input type="checkbox"/> Avgiftsfri småbarnspedagogik för 5-åringar, 20 h/vecka (4 timmar per dag, kl. 9-13) <input type="checkbox"/> Avgiftsfri småbarnspedagogik för 5-åringar + högst 20 h/vecka <input type="checkbox"/> Avgiftsfri småbarnspedagogik för 5-åringar + över 20 h/vecka	
FÖRSKOLEUNDERVISNING	
<input type="checkbox"/> Förskoleundervisning (4 h/dag) <input type="checkbox"/> Förskoleundervisning + högst 20 h/vecka <input type="checkbox"/> Förskoleundervisning + över 20 h/vecka	
<input type="checkbox"/> Mitt barn slutar i småbarnspedagogiken, sista vårddagen är: ____/____ 20____	
Ändring i vårdbehovet bör avtalas skriftligen en månad innan ändringen träder i kraft. Vårdbehovet inverkar på klientavgiften för småbarnspedagogik	

Kyrkslätt / 20

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Föreståndarens / familjedagvårdsledarens underskrift