



Koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta, muutokset, irtisanominen

Aamu- ja iltapäivätoiminta yksikkö:	
Lapsen nimi:	
Lapsen henkilötunnus:	
Huoltajan nimi:	
Lähiosoite:	
Puh./sähköpostiosoite	

Lapsi sairaana koko kuukauden: (lääkärintodistus)	Mikä kuukausi:
--	----------------

Lapsi poissa toiminnasta koko kuukauden: (puolen kuun maksu)	Mikä kuukausi:
---	----------------

Lapsen aamu- ja iltapäivätoimintapaikan irtisanominen:	Mistä alkaen:	Viimeinen läsnäolopäivä:
---	---------------	--------------------------

Lisätietoja:

Päiväys

Huoltajan allekirjoitus
Nimenselvennys