

Lukuvuoden 2020 -2021 iltapäivätoimintaan sähköinen haku Wilman kautta 3. - 24.4.2020 klo 15 asti
Paikka myönnetään 12.8.2020 alkaen.

Hakuaikana paperinen lomake palautetaan osoitteeseen: Lahti-Piste, Palvelutori, Kauppakeskus Trio, 2.krs., Vesku-aukio, Aleksanterink. 18, 15140 Lahti

Hakuajan jälkeen hakulomake palautetaan suoraan palveluntuottajalle.

Palveluntuottajien yhteystiedot ja lisätietoja osoitteesta: www.lahti.fi > Palvelut > Perusopetus > Iltapäivätoiminta
tai palvelupäällikkö, puh. 044 716 1470

Toiminnan tarve (täytetään vain jos toimintaan haetaan hakuajan jälkeen) alkaa ____ / ____ 20____.

LAPSEN TIEDOT	Sukunimi	Etunimet	
	Henkilötunnus	Koulu syksyllä 2020	Luokka-aste syksyllä 2020
	Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka	
LASKUN MAKSAVAN HUOLTAJAN JA TOISEN HUOLTAJAN TIEDOT	Laskun maksavan huoltajan suku- ja etunimi	Henkilötunnus	Puhelin päivisin
	Osoite (jos eri kuin oppilaan)	Sähköpostiosoite	
	Toisen huoltajan suku- ja etunimi	Puhelin päivisin	
	Osoite (jos eri kuin oppilaan)	Sähköpostiosoite	

TOIMINTAPAIKKA, JOHON HAETAAN	Ensisijainen toivottu toimintapaikka	Varalle toissijainen paikkavaihtoehtoive
TOIMINTA-AIKA JA LISÄTETOJA	<p>Järjestäminen ja maksut Lahden kaupungin päätöksen mukaan</p> <p>Toiminta-aika on pääsääntöisesti klo 12 - 16.</p> <p>Tiedot toimintapaikoista ja -ajoista sekä palveluntuottajista: www.lahti.fi > Palvelut > Perusopetus > Iltapäivätoiminta</p>	



<p>LISÄTIETOJA JA SUOSTUMUS</p>	<p><input type="checkbox"/> Oppilaalle on myönnetty erityisen tuen päätös.</p> <p>Lapsella on</p> <p><input type="checkbox"/> Kehitysvamma-diagnoosi</p> <p><input type="checkbox"/> Erityishuolto (EHO) päätös Päätös maksuttomuuden osoittamiseksi toimitettava.</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Astma</p> <p><input type="checkbox"/> Muu päivittäistä lääkitystä edellyttävä sairaus, mikä _____</p> <p>Lisäselvitykset ja muuta iltapäivätoiminnassa huomioon otettavaa. Lapsen terveydentila (esim. allergiat tai lääkitys).</p> <p>Valinnasta tiedotetaan kirjeitse.</p> <p>Mikäli myönnettyä paikkaa ei vastaanoteta, irtisanomisaika on viikko viranhaltijapäätöksen vastaanottamisesta.</p> <p>Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen. Annan myös suostumukseni siihen, että EHO:n olemassaolo voidaan tarkistaa sosiaaliviranomaiselta. Hakemuksen tiedot käsitellään luottamuksellisesti.</p> <p><input type="checkbox"/> suostun, että tässä hakulomakkeessa ilmoittamani tiedot luovutetaan rekisterinpitäjän (Lahden kaupunki) toimesta palvelun tuottavalle taholle.</p> <p>Palvelun saaminen ja toimintaan ottaminen edellyttävät suostumusta.</p>
<p>HUOLTAJAN ALLEKIRJOITUS</p>	<p>Päivämäärä _____</p> <p>Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys _____</p>
<p>HAKEMUKSEN VASTAANOTTAJA</p>	<p>Hakemuksen jättöpäivämäärä ____ / ____ 20 ____</p> <p>Vastaanottaja ja palveluntuottaja _____</p>

