

Ansökan inkommit ____ / ____ . 20 ____

Mottagare _____

Nuvarande plats inom småbarnspedagogiken		Nuvarande kommunal plats inom småbarnspedagogiken	
Uppgifter om barnet	Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning
	Adress		Postnummer och postkontor
	Modersmål <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> annat, vilket		Telefon hem
	<input type="checkbox"/> Barn, som placerats i vård utom hemmet, placerarkommun _____		
Uppgifter om vårdnadshavarna * Även en make/maka/sambo som bor på annan ort t.ex. på grund av studier eller arbete anses leva i gemensamt hushåll	Vårdnadshavare		Den andra vårdnadshavaren eller vårdnadshavarens make/maka/sambo som bor i gemensamt hushåll *
	Efternamn och alla förnamn		Efternamn och alla förnamn
	Personbeteckning		Personbeteckning
	Telefon hem/arbete		Telefon hem/arbete
	E-post		E-post
	<input type="checkbox"/> arbetande <input type="checkbox"/> arbetslös		<input type="checkbox"/> arbetande <input type="checkbox"/> arbetslös
	<input type="checkbox"/> studerande <input type="checkbox"/> pensionerad		<input type="checkbox"/> studerande <input type="checkbox"/> pensionerad
<input type="checkbox"/> familjeledig, vilket _____		<input type="checkbox"/> familjeledig, vilket _____	
Tid inom småbarnspedagogiken	Välj tid för småbarnspedagogik. <input type="checkbox"/> högst 86 h/månad <input type="checkbox"/> högst 150 h/månad <input type="checkbox"/> över 150 h/månad,		
	Daglig tid för småbarnspedagogik kl. ---		Tidpunkten för småbarnspedagogik <input type="checkbox"/> mån.-fre <input type="checkbox"/> lör. <input type="checkbox"/> sön <input type="checkbox"/> kväll <input type="checkbox"/> natt
Språkbadsplats	Språkbadsspråket; första alternativ <input type="checkbox"/> engelskspråkig språkbad <input type="checkbox"/> svenskspråkig språkbad		Språkbadsspråket; andra alternativ <input type="checkbox"/> engelskspråkig språkbad <input type="checkbox"/> svenskspråkig språkbad
	Tilläggsuppgifter		

Barnets behov av stöd	<input type="checkbox"/> Barnet behöver stöd. Om behovet av stöd finns ett utlåtande av läkare, psykolog eller annan expert. Utlåtandet lämnas in till Karleby stad, Tjänster för småbarnspedagogik, PB 43, 67101 Karleby.	
Familjens övriga barn under 18 år	Förnamn och efternamn	Personbeteckning
	Förnamn och efternamn	Personbeteckning
	Förnamn och efternamn	Personbeteckning
	Förnamn och efternamn	Personbeteckning
Avgift för småbarnspedagogik	<input type="checkbox"/> Vi godkänner inte den högsta avgiften. <input type="checkbox"/> Vi godkänner den högsta avgiften.	
Underskrift	Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att de granskas. _____ Ort Datum / .20 _____ Vårdnadshavares underskrift och namnförtydligande Vårdnadshavares underskrift och namnförtydligande	
Uppgifterna i ansökan lagras både i Karleby stads datasystem inom småbarnspedagogiken och i informationsresursen inom småbarnspedagogiken (Varda) som upprätthålls av Utbildningsstyrelsen. Enligt 68 § och 70 § i lagen om småbarnspedagogik (540/2018) är kommunen skyldig att föra in uppgifter som gäller småbarnspedagogik i informationsresursen inom småbarnspedagogiken. Uppgifter lämnas ut till Folkpensionsanstalten med hjälp av tjänsten för utlämnande av uppgifter om småbarnspedagogiken.		