

ANSÖKAN OM BARNOMSORG I FINSTRÖMS KOMMUN

Emottaget ___ / ___ _____

Personuppgifter om barnet	Släktnamn och förnamn		
	Personbeteckning	Hemort enligt lagen om befolkningsböcker	
	Näradress, postnummer och postanstalt		
	Modersmål	Hemspråk	Tel hem GSM
Personuppgifter om vårdnadshavarna	Moderns (el sambos) namn	Personbeteckning	Yrke el uppgift
	Nuvarande arbetsplats, adress		Telefon arbete
	Arbets tid om vardagar	Arbets tid om lördagar	Arbets tid om söndagar
	Faders (el sambos) namn	Personbeteckning	Yrke el uppgift
	Nuvarande arbetsplats, adress		Telefon arbete
	Arbets tid om vardagar	Arbets tid om lördagar	Arbets tid om söndagar
Önskad vårdform o. vårdtid	Vårdform i första hand	<input type="checkbox"/>	Emkarby daghem 3-6 år
		<input type="checkbox"/>	Godby daghem 1-6 år
		<input type="checkbox"/>	Pålsböle daghem 1-6 år <input type="checkbox"/> Heldagsvård
		<input type="checkbox"/>	Familjedagvård <input type="checkbox"/> Halvdagsvård
	Vårdform i andra hand	<input type="checkbox"/>	Emkarby daghem 3-6 år
		<input type="checkbox"/>	Godby daghem 1-6 år
<input type="checkbox"/>		Pålsböle daghem 1-6 år <input type="checkbox"/> Heldagsvård	
<input type="checkbox"/>		Familjedagvård <input type="checkbox"/> Halvdagsvård	
Vård önskas fr o m datum		Antal vård dagar/mån	
Behov av vård på lördag	Behov av vård på söndag	Behov av nattvård	
Transportmöjlighet	Möjlighet att använda bil/kollektivtrafik för transport till barnomsorg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		
Barnets nuvarande barnomsorg	<input type="checkbox"/> I eget hem	<input type="checkbox"/> I privat familjedagvård	
	<input type="checkbox"/> I daghem	<input type="checkbox"/> I kommunal familjedagvård	
	Annat barnomsorgsform: _____		
Familjedagvårdarens/daghemmets namn och adress			
Vård då barnet insjuknar	Om barnet insjuknar, hur ordnas barnets vård?		
Familjens övriga barn	Namn och födelse tider	Nuvarande o. ev. ansökta barnomsorgsplatser	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	

Forts. på omstående sida
