



ÄNDRINGSBLANKETT

Blanketten lämnas in till daghemmet
eller områdets dagvårdsledare.

<i>Tjänsteinnehavares anteckning mottaget namn och datum</i>	<i>Tjänsteinnehavares anteckning infört i abilita namn och datum</i>
--	--

Barnets namn och födelsedatum		
Daghem/ Familjedagvårdare		
ÄNDRINGAR I VÅRDFÖRHÅLLANDE	Ändringen träder i kraft fr.o.m. ____ / ____ 20 ____	
	Adressändring	Nytt telefonnummer mor far
	Ändringar i familjeförhållandet	
	Ändringar i vårdförhållandet <input type="checkbox"/> 60 h/månad <input type="checkbox"/> 87-115 h/månad <input type="checkbox"/> 150 h/ månad <input type="checkbox"/> 61-86 h/månad <input type="checkbox"/> 116-149 h/månad	
	Vårdtider	må ti on to fr
Kl.		
Ändringar görs inte för semestertider. Ändringar görs för minst 5 månader. Nytt avtal träder ikraft från början av följande månad.		
FÖRFLYTTNINGS- ANSÖKAN	Önskar förflyttning till, daghem eller familjedagvård	
	Vård önskas fr.o.m. ____ / ____ 20 ____ <input type="checkbox"/> 60 h/månad <input type="checkbox"/> 87-115 h/månad <input type="checkbox"/> 150 h/ månad <input type="checkbox"/> 61-86 h/månad <input type="checkbox"/> 116-149 h/månad	
	Vårdtider	må ti on to fr
	Kl.	
ÖVERLÅTELSE AV VÅRDPLATS	Dagvårdsplatsen används inte under tiden ____ / ____ 20 - ____ / ____ 20 ____ Avtalet ingås för högst ett år. Avtal som varar under 4 månader kan inte ingås. Avtalet kan inte ingås retroaktivt. Ingen dagvårdsavgift uppbärs under avbrottet.	
UPPSÄGNING AV VÅRDPLATS	Den sista vård dagen är ____ / ____ 20 ____ Önskvärt att uppsägningen av dagvårdsplatsen görs 30 kalenderdagar före den sista vård dagen. Faktureringen sker enligt detta meddelande.	
DATUM OCH UNDERSKRIFT	Ort och datum _____	
	vårdnadshavare _____ vårdnadshavare _____	
	vårdnadshavarens tfn _____ vårdnadshavarens tfn _____	