



**OSAVIIKKOISESSA HOIDOSSA OLEVAN
LAPSEN HOITO-JA VAPAAPÄIVÄT**

Lapsen nimi: _____

Kuukausi _____ vuosi _____

pv	Lapsen hoitoaika, klo	Vuoromuutos / muutoksen ilmoituspäivä
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Vuorolista tulee toimittaa päivähoitoyksikköön niin hyvissä ajoin kuin mahdollista, kuitenkin kunkin viikon osalta viimeistään edellisen viikon viimeisenä hoitopäivänä.

Raumalla ___/___ 20__

huoltajan allekirjoitus

vastaanottaja _____ pvm _____



**OSAVIIKKOISESSA HOIDOSSA OLEVAN
LAPSEN HOITO-JA VAPAAPÄIVÄT**

Lapsen nimi: _____

Kuukausi _____ vuosi _____

pv	Lapsen hoitoaika, klo	Vuoromuutos / muutoksen ilmoituspäivä
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Vuorolista tulee toimittaa päivähoitoyksikköön niin hyvissä ajoin kuin mahdollista, kuitenkin kunkin viikon osalta viimeistään edellisen viikon viimeisenä hoitopäivänä.

Raumalla ___/___ 20__

huoltajan allekirjoitus

vastaanottaja _____ pvm _____

