

**KRONOBY KOMMUN**  
**Bildningsnämnden**



**Småbarnspedagogik utöver  
förskola**

**Ifylles av beslutsfattare**  
Kundnummer: \_\_\_\_\_ Fam.storlek: \_\_\_\_\_ Inkomster: \_\_\_\_\_  
Förskola: \_\_\_\_\_ Beslut: \_\_\_\_\_  
Daghem: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_ § \_\_\_\_\_  
Bestående vård från \_\_\_\_\_  
Tidsbunden vård \_\_\_\_\_

Ansökan om småbarnspedagogik för barn i förskola

Behov av småbarnspedagogisk verksamhet tidpunkt och tid

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-60h/mån<br>(1-14 h/v) | <input type="checkbox"/> 61-86 h/mån<br>(15-20 h/v) | <input type="checkbox"/> 87-115 h/mån<br>(21-27 h/v) | <input type="checkbox"/> 116-149 h/mån<br>(28-34 h/v) | <input type="checkbox"/> 150- h/mån eller mera<br>(35- h/v) |
|--|---|--|---|---|

\_\_\_\_\_

Vården inleds \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ upphör \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  Bestående småbarnspedagogik

Barnets personuppgifter

Släkt- och förnamn (tilltalsnamn understreckat) \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_

Modersmål  
 Svenska  Finska  Annat, vad \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Postnummer och postantalt \_\_\_\_\_

Föräldrarnas personuppgifter

|  |  |
|--|--|
| Vårdnadshavare (eller sammanboendes) uppgifter | Vårdnadshavare (eller sammanboendes) uppgifter |
| _____  | _____  |
| Personbeteckning                               | Personbeteckning                               |
| _____  | _____  |
| E-post   | E-post   |
| _____  | _____  |
| Telefonnummer                                  | Telefonnummer                                  |
| _____  | _____  |

Arbetsplats och arbetstid

|  |  |
|--|--|
| Arbetsplats och telefonnummer till arbete                | Arbetsplats och telefonnummer till arbete                |
| _____  | _____  |
| Arbetstid  | Arbetstid  |
| <input type="checkbox"/> Regelbunden kl. _____ - _____   | <input type="checkbox"/> Regelbunden kl. _____ - _____   |
| <input type="checkbox"/> Oregelbunden kl. _____ - _____  | <input type="checkbox"/> Oregelbunden kl. _____ - _____  |
| <input type="checkbox"/> Lördagsarbete kl. _____ - _____ | <input type="checkbox"/> Lördagsarbete kl. _____ - _____ |
| <input type="checkbox"/> Söndagsarbete kl. _____ - _____ | <input type="checkbox"/> Söndagsarbete kl. _____ - _____ |

Familjeförhållande

Försörjaren eller försörjarna  
 Gift  Sammanboende  Registrerat partnerskap  Ogift  Boskillnad  Frånskild  Änka / Änkling

Familjens barn

Under 18-åriga barns födelsetider

\_\_\_\_\_

Barnets  
hälso-  
tillstånd

För att ert barn skall få bästa möjliga vård och dagvårdsplats ber vi Er svara på följande frågor

Har Ert barn:

- |  |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> feberkramper                                | när senast           | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> upprepade öroninflammationer                | när senast           | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> upprepade luftrörskatarrer                  | när senast           | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> långvarig sjukdom                           |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> medfödd skada, t.ex. syn- eller hörselskad: |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> fortlöpande medicinering                    | vad                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> rädslor, ångest                             | vad                  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> försenad språkutveckling                    |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> problem med koncentrationen                 |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> annat, vad?                                 | <input type="text"/> |                      |
| <input type="checkbox"/> astma                                       |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> allergier                                   |                      |                      |

förbjudna födoämnen

Vid eventuella allergier ber vi Er bifoga intyg av t.ex. Er hälsovårdare

Har Ni djur hemma?

 Ja Nej

Vilka djur?

Transport  
förskola

 Ordnar egen skjuts I behov av skjuts

**Rätten till gratis förskoleskjuts gäller endast till och från förskolan, inte om barnet är i småbarnspedagogisk verksamhet före och/eller efter förskolan. Vill man åka till kompisar, hobbyer mm. skall man köpa biljett förutsatt att det finns plats i taxin eller bussen.**

Övrigt

Underskrift

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Till dagvårdsansökan bifogas:

### Uppgifter om hushållets alla inkomster samt beskattningsbeslut

#### - löneintyg

- jämkad dagpenning
- arbetslöshetsdagpenning
- föräldradagpenning
- underhållsbidrag/-stöd
- deltidstillägg
- dividender

#### - hyresinkomster

- alla biinkomster, som brandmannalöner och dylika
- beskattningsbeslutets specifikation
- studerande bifogar studieintyg
- flexibel/partiell vårdpenning

**Om ni äger skog:** meddela antalet ha skog

Som avdrag från inkomsterna beaktas betalda underhållsbidrag, kvitto bifogas!

Meddela även om inkomsterna väsentligt ändras

**OBS! För att avgift skall fastställas enligt inkomst bör kompletta uppgifter inlämnas**

**Godkänner högsta avgiften / lämnar inga intyg**

Enligt dataskyddsförordningen (EU 679/2016) registreras era personuppgifter för skötsel av lagstadgade uppgifter inom småbarnspedagogiken.