

Hakemus vammaisten lasten loma-ajan hoitoa varten 2025 (Salo ja Somero)

Lisätiedot:

Loma-ajan koordinaattori Sanna Suominen puh 0403525539 arkisin klo 9–15 /

vammaistenlastenhoito@varha.fi. Hakemuksen liitteeksi tulee toimittaa huoltajien (työnantajan) selvitykset työssäkäynnistä tai opiskelusta ja loma-ajoista

Hakemuksen palautus:

Sähköisesti osoitteeseen vammaistenlastenhoito@varha.fi tai postitse Varha, Littoisten lastenkerho, Littoistenjärventie 308 A, 20660 Littoinen. **Palauta hakemus 6.4.2025 mennessä.**

Hakijan tiedot ja hoitoon osallistuminen

Lapsen henkilötunnus: Sukunimi ja etunimet:

Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka: Koulu:

Huoltajan 1 sukunimi ja etunimet: Työ-/Opiskelupaikka:

Puh. työaikana: Työaika:

Huoltajan 2 sukunimi ja etunimet: Työ-/Opiskelupaikka:

Puh. työaikana: Työaika:

Muuta huomioitavaa (esim. allergiat, erityisruokavalio, lääkitys, haastava käytös):

Kesätoimintaa on 3.–27.6.2025 ja 28.7.–5.8.2025. Koulu alkaa Somerolla 6.8.2025 ja Salossa 7.8.2025. **Toimintaa ei ole 2.6., 20.6., viikoilla 27–30 ja 6.8.2025.**

Rastita (X) selkeästi päivät, jolloin lapsi tarvitsee kesätoimintaa.

päivät	maanantai	tiistai	keskiviikko	torstai	perjantai
(vko 23) 3.–6.6.	ei toimintaa				
(vko 24) 9.–13.6.					
(vko 25) 16.–19.6.					ei toimintaa
(vko 26) 23.–27.6.					
Viikoilla 27–30 ei ole toimintaa.					
(vko 31) 28.7.–1.8.					
(vko 32) 4.–5.8.			ei toimintaa	koulu alkaa	koulu

Kirjoita tähän lapsen kesän ajan varatut tilapäishoitojaksot (esim. Elmeri):

Lapsen kuljetukset kesätoimintaan (valitse vain toinen):

Kuljetan lasta itse

Tarvitsemme sitovat ajat henkilökunnan työvuoroja ajatellen.

Lapsi tuodaan hoitoon aikaisintaan klo

Lapsi haetaan hoidosta viimeistään klo

Lapsi tarvitsee taksikuljetuksen

Aamukuljetus hakee kotoa viimeistään klo

Iltapäiväkuljetus kotiin aikaisintaan klo

Pyörätuoli käytössä

Magneettiiviivi käytössä

Lapsella on aiemmin ollut omataksioikeus

Liikennöitsijän nimi:

Muut apuvälineet / erityistä huomioitavaa kuljetuksen aikana:

Päiväys ja allekirjoitus

Päiväys:

Huoltajan 1 allekirjoitus ja nimenselvennys:

Huoltajan 2 allekirjoitus ja nimenselvennys:

Hyväksyn, että tietoni / lapseni tiedot rekisteröidään Varsinais-Suomen hyvinvointialueen Vammaispalveluiden asiakastietojärjestelmään.

Suostun, että lapseni perusopetusyksikkö tai aamu- ja iltapäivätoimintapaikka voi luovuttaa tarvittavat tiedot lapseni toimintakyvystä ja avun tarpeesta kesätoiminnan toteuttavalle taholle.