

**HELSINGIN KAUPUNKI**

Kasvatus ja koulutus

Varhaiskasvatus ja esiopetus

Tällä lomakkeella haet paikkaa lapselle ruotsin kielikylpyryhmässä.

- ☐ Haen vain ruotsin kielikylpyyn
- ☐ Haen myös kunnalliseen varhaiskasvatukseen, jos en saa kielikylpypaikkaa
- ☐ Olen jättänyt hakemuksen Asti -asiointipalvelussa (<https://asti.hel.fi/>)
- ☐ Olen jättänyt erillisen varhaiskasvatushakemus-lomakkeen
- ☐ Lapsella on jo paikka kunnallisessa varhaiskasvatuksessa
- ☐ Lapsella on sisaruksia kielikylpyryhmässä päiväkodissa tai kielikylpyvuosiluokilla 1–2
- ☐ Lapseni jää odottamaan vapautuvaa kielikylpypaikkaa, jos hakutoiveen mukaista kielikylpypaikkaa ei hakuhetkellä ole

LAPSI, jolle haetaan kielikylpypaikkaa

Sukunimi	Etunimi
Syntymäaika	Henkilötunnus
Katuosoite	Postinumero ja postitoimipaikka
Kotona puhuttava kieli ☐ suomi ☐ ruotsi ☐ muu, mikä?	

VARHAISKASVATUSTARVE

Hakuaika kielikylpyyn päättyy vuosittain 26.2., ja perheet saavat päätöksen paikasta viimeistään huhtikuun loppuun mennessä. Voit hakea kielikylpyyn myös hakuajan ulkopuolella. Tällöin lapsi voi saada paikan kielikylpypäiväkodissa, jos kielikylpyryhmässä on paikkoja vapaana.

Varhaiskasvatuksen tarve kielikylvyssä alkaen:

☐ enintään 5 tuntia	☐ 5–7 tuntia	☐ Yli 7 tuntia	säännölliset arkipoissaolot kuukaudessa kpl
--	-------------------------------------	---------------------------------------	--

Kirjoita alle, mistä toimipaikoista haet lapsellesi paikkaa ruotsin kielikylpyryhmässä.

1.
2.
3.

HUOLTAJAT

Sukunimi	Etunimi
E-mail	Syntymäaika / Henkilötunnus Puhelinnumero
Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Asiointikieli ☐ suomi ☐ ruotsi ☐ englanti ☐ muu, mikä: ☐ Turvakielto	
Sukunimi	Etunimi
E-mail	Syntymäaika / Henkilötunnus Puhelinnumero
Kotiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Asiointikieli ☐ suomi ☐ ruotsi ☐ englanti ☐ muu, mikä: ☐ Turvakielto	

Täytä myös kääntöpuoli →

Lapsen erityisen tuen ja lääkehoidon tarve (esim. allergiat, lääkitys, erityisen tuen tarve)

☐ lapsella on erityisen tuen tarve, jos on, tarvitaan lääkärin lausunto tai muu selvitys

☐ selvitykset liitetty tämän hakemuksen mukaan

☐ toimitetaan myöhemmin

☐ vaativan lääkehoidon tarve

☐ ei tuen tarvetta

Muuta lapsen varhaiskasvatuksen aloitukseen liittyvää**Vakuutan tiedot oikeiksi**

Päivämäärä	Huoltajan allekirjoitus ja nimen selvennys
------------	--

Täytetty lomake palautetaan turvasähköpostilla tai postitse osoitteeseen **Varhaiskasvatuksen palveluohjaus, Työpajankatu 8, PL 58300, 00099 Helsingin kaupunki**. Voit palauttaa lomakkeen myös päiväkodin johtajalle.

Lomakkeen voi myös lähettää turvasähköpostin kautta: <https://securemail.hel.fi/?recipient=varepalveluohjaus%40hel.fi>

Lisätietoa hakemisesta:

<https://www.hel.fi/fi/kasvatus-ja-koulutus/varhaiskasvatus/hakeminen-varhaiskasvatukseen>

Varhaiskasvatuksen ja esiopetuksen palveluohjaus ohjaa hakemiseen liittyvissä asioissa

sähköpostitse: varepalveluohjaus@hel.fi tai puhelimitse numerossa 09 310 80488

Jos tarvitset apua lomakkeen täyttämiseksi: Kasvatuksen ja koulutuksen palveluneuvonta auttaa, lisätiedot: 09 310 44986

Varhaiskasvatuksesta aletaan periä maksua varhaiskasvatuspäätöksessä vahvistetusta varhaiskasvatuksen aloituspäivämäärästä lähtien ja kotihoidon tai yksityisen hoidon tuen maksaminen päättyy.

Asiakastietonne rekisteröidään Helsingin kaupungin kasvatuksen ja koulutuksen toimialan varhaiskasvatuksen asiakastietorekisteriin. Rekisteriseloste on nähtävissä internet-osoitteessa: <https://www.hel.fi/static/liitteet-2019/Kaupunginkanslia/Rekisteriselosteet/Kasko/Varhaiskasvatuksen%20asiakastietoseloste.pdf>

Viranomaisen täyttää

Hakemuksen jättöpäivämäärä	Vastaanottaja ja toimintayksikkö
----------------------------	----------------------------------