

Lappajärven kunta

ESIKOULULAISEN HOITOPAIKAN IRTISANOMINEN

Lapsen nimi: _____

Lapsen sosiaaliturvatunnus: _____

Hoitopaikka: _____

Irtisanon lapseni hoitopaikan siten, että viimeinen hoitopäivä on _____

Paikka: _____ Aika: _____

huoltajan allekirjoitus

nimenselvennys