



SIIKAJOEN KUNTA
VARHAISKASVATUS

LAPSEN HOIDOSTA IRTISANOMINEN

Hoitopaikka	
Lapsi	Henkilötunnus
Viimeinen hoitopäivä / 20	
Irtisanominen vahvistettu Siikajoella ____ / ____ 20____	
Päivähoidon edustajan allekirjoitus	Huoltajan allekirjoitus