



YHTEYSTIETOLOMAKE

LAPSEN NIMI	
HENKILÖTUNNUS	
KOTIOSOITE	
HUOLTAJIEN NIMET JA PUHELINNUMEROT	_____ p. _____ _____ p. _____
HUOLTAJIEN SÄHKÖPOSTIT	
SAAKO LASTANI KUVATA KPL:N TOIMINNASSA?	KYLLÄ EI HALUAN LISÄTIETOA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MUUTA (mahdolliset sairaudet, allergiat, erityistiedot)?	