

LAPSEN HOIDOSTA IRTISANOMINEN

Hoitopaikka	
Lapsi	Henkilötunnus
Viimeinen hoitopäivä _____/____ 20____	
Irtisanominen vahvistettu	
Pyhäjoki _____/___ 20	
Allekirjoitukset	
_____	_____
Päivähoidon edustaja	Huoltaja