

Hakemus saattokorvauksesta hammashoitokuljetuksissa

Oppilaan nimi			
Koulu		Luokka:	
Hammashoitopiste			
Henkilötunnus			
Kotiosoite			
Huoltaja			
Huoltajan puhelinnumero			
Huoltajan tilinumero			
Matkan pituus koulun osoitteesta hammashoitopisteeseen	km yhteen suuntaan.		
Koulun osoite			
Matkustustapa	<input type="checkbox"/> Julkinen kulkuneuvo <input type="checkbox"/> Oma auto	Matkalippujen hinta yht. Oman auton käytön syy:	
Hammashoitoaika pvm.		klo.	
Hammashoitoaika pvm		klo.	
Lisätietoja			
_____ Hakijan allekirjoitus		_____ paikka	_____ aika
Päätös			
pvm.		§	
<input type="checkbox"/>	Saattokorvaus		eur myönnetään
<input type="checkbox"/>	Saattokorvausta ei myönnetä, syy:		
_____ Vastaavan hammaslääkärin allekirjoitus			