

ANSÖKAN OM ÖVERNATTNING
Invåranvändning

Returnera blanketten:

Datum för lämnande av
uppgifternai första hand via e-post till: tilvaraukset@hel.fi

eller per post till:

Fostrans- och utbildningssektorn
Lokaltjänster
Invåranvändning
PB 51300
00099 HELSINGFORS STAD

Den som övernattar	Namn		FO-nummer	
	Adress		Postnummer	
	Kontaktperson		Telefon	
	E-post			
Övernattning	Evenemang/Verksamhetens art			
	Skolans namn (alternativ 1)		Adress	
	Startdatum	Slutdatum	Antal personer som övernattar	Ålder på personer som övernattar
	Skolans namn (alternativ 2)		Adress	
	Startdatum	Slutdatum	Antal personer som övernattar	Ålder på personer som övernattar
	Skolans namn (alternativ 3)		Adress	
	Startdatum	Slutdatum	Antal personer som övernattar	Ålder på personer som övernattar
Önskemål				