|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HAKIJA** | **Etunimet** | **Sukunimi** | | **Henkilötunnus** |
| **Osoite** | **Postinumero ja -toimipaikka** | | |
| **Sähköposti** | **Puhelinnumero** | | |
| **Kansalaisuus** | **Äidinkieli** | | |
| **Kuinka monta vuotta olet asunut Suomessa?** | | | |
| **Osaatko lukea ja kirjoittaa latinalaisilla kirjaimilla (A, B, C…)?**  **Kyllä Ei** | | | |
| **Osaatko lukea ja kirjoittaa omalla äidinkielellä?**    **Kyllä Ei** | | | |
| **Onko sinulla aikaisempaa koulutusta?**  **Ei**  **Kyllä. Kuinka monta vuotta ja mitä?** | | | |
| **Onko sinulla aikaisempaa työkokemusta?**  **Ei**  **Kyllä. Kuinka monta vuotta ja mitä?** | | | |
| **Oletko opiskellut suomen kieltä aikaisemmin?**  **Ei**  **Kyllä. Kuinka monta vuotta ja mitä?** | | | |
| **Minun suomen kielen taso on**  **A1.1 B1.1**  **A1.2 B1.2**  **A1.3 B2 tai yli**  **A2.1 en tiedä** | | | |
| **Oletko opiskellut aikaisemmin Helsingin kaupungin kotivanhempien suomen kielen kurssilla?**    **Ei**  **Kyllä. Missä? Mikä kurssi?** | | | |
| **LAPSET** | **Kuinka monta lasta sinulla on?** | | | |
| **Kuinka monta lasta tarvitsee hoitoa kurssin aikana?** | | | |
| 1. **hoitoon osallistuvan lapsen nimi** | | **Syntymäaika** | |
| **Lapsen allergiat, sairaudet, erityistarpeet** | | | |
| 1. **hoitoon osallistuvan lapsen nimi** | | **Syntymäaika** | |
| **Lapsen allergiat, sairaudet, erityistarpeet** | | | |
| 1. **hoitoon osallistuvan lapsen nimi** | | **Syntymäaika** | |
| **Lapsen allergiat, sairaudet, erityistarpeet** | | | |
| **Lisätietoja** |  | | | |
| **Allekirjoitus** | **Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennys, paikka ja aika** | | | |