

**YHTEYDENOTTO SOSIAALIHUOLTOON TUEN TARPEEN ARVIOIMISEKSI**
 **LASTENSUOJELUILMOITUS**
**Lapsen tiedot**

Lapsen nimi	Ikä	Henkilötunnus
Lähiosoite	Postinro	Postitoimipaikka
Puhelin	Kotikunta	Lapsella eri osoite kuin <input type="checkbox"/> huoltajalla

**Vanhempien/huoltajien tiedot (pakollinen jos ei lapsen tietoja)**

Huoltajan nimi		Henkilötunnus
Katuosoite	Postinro	Postitoimipaikka
Puhelin		Kotikunta
Huoltajan nimi		Henkilötunnus
Katuosoite	Postinro	Postitoimipaikka
Puhelin		Kotikunta

**Tapahtuma-aika**

Päivämäärä	Kellonaika
------------	------------

<b>Lastensuojeluilmoituksen/yhteydenoton pääasiallinen aihe</b> Valitse aihe	Tarkennus, jos aihe on muu, mikä?
<b>Mahdollinen muu lastensuojelu-huolen/yhteydenoton aihe</b> Valitse aihe	Tarkennus, jos aihe on muu, mikä?
Ilmoituksen/yhteydenoton syy/lyhyt kuvaus tilanteesta	

Onko ilmoituksesta kerrottu huoltajille?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Entä lapselle / nuorelle?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Lisätietoja		
Sosiaalihuoltolain mukaiseen ilmoitukseen on kysytty suostumus?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei

Ilmoituksen tekopvm	Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelut <input type="checkbox"/> Mikkelin keskussairaala <input type="checkbox"/> Moision sairaala
Ilmoituksen tekijä (allekirj., nimenselvennös ja tehtävä)	Poliklinikka/osasto Ilmoittajan puh.nro
Lisätietoja Lomakkeen voi postittaa Perhetalo / Perhesosiaalityön alkuarvointitiimi Porrassalmenkatu 35-37 50100 Mikkeli	