

**KESKUSPUISTON AMMATTIOPISTO**

Tenholantie 10
00280 HELSINKI
(09)4748 2518

**LÄHETE
KOULUTUSKOKEILUUN**

Raisa Pulkka-Suihkonen
s-posti:raisa.suihkonen@keskuspuisto.net

Koulutuskokeiluun tulevan henkilön nimi:		Syntymäaika:
		Puhelin:
Lähiosoite:		GSM:
Postinumero ja -toimipaikka:		
Koulutus: <input type="checkbox"/> Kansa- tai kansalaiskoulu <input type="checkbox"/> Peruskoulu <input type="checkbox"/> Keskikoulu <input type="checkbox"/> Peruskoulu, mukautettu opetus <input type="checkbox"/> Lukio <input type="checkbox"/> Peruskoulu, harjaantumisopetus		
Ammatillinen tai muu koulutus:		
Pääasiallinen työkokemus:		
Kokeilun tavoite: Mitä halutaan selvittää:		
Onko aikaisempia tutkimuksia terveydentilaan/vajaakuntoisuuteen/ opiskeluvälmiuksiin liittyen? Lausunnot pyydetään liitteeksi.		Onko erityisruokavalion tarvetta? Mikä:
Koulutuskokeilussa muuta huomioon otettavaa:		Majoitustarve: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Kokeilun ajankohta:		Kesto: päivää
KOKEILTAVA(T) ALA(T)		
<input type="checkbox"/> Audiovisuaalisen viestinnän pt <input type="checkbox"/> Autoalan pt <input type="checkbox"/> Catering-alan pt <input type="checkbox"/> Kone- ja metallialan pt	<input type="checkbox"/> Kotitalous- ja kuluttajapalvelu pt <input type="checkbox"/> Pintakäsittelyalan pt <input type="checkbox"/> Puhdistuspalvelujen pt <input type="checkbox"/> Suunnitteluassistentin pt	<input type="checkbox"/> Sähköalan pt <input type="checkbox"/> Talotekniikan pt <input type="checkbox"/> Tanssialan pt <input type="checkbox"/> Verhoilualan pt <input type="checkbox"/>
Kokeilun tilaaja/maksaja:		
Yhteyshenkilö:		Puhelin:
		GSM:
Lähiosoite:		
Postinumero ja -toimipaikka:		
Kokeilun tilaajan allekirjoitus:		Paikka ja aika:
Liitteet: (jäljennökset alkuperäisistä) <input type="checkbox"/> Koulu- ja opiskelutod. jälj. <input type="checkbox"/> Lääkärinlausunto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kuntoutustutkimuslausunto <input type="checkbox"/> Psykologin lausunto		