**OPPILAS PALAUTTAA TET-SOPIMUKSEN OPPILAANOHJAAJALLE \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_ MENNESSÄ**

**OPPILAAN TIEDOT:**

Nimi: Luokka:

Lähiosoite:

Postinumero: Postitoimipaikka:

Puhelinnumero: Erikoisruokavalio/ ruoka-aineallergiat:

**Tutustumisviikon päivämäärät: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TYÖNANTAJAN TIEDOT:**

Työnantajan nimi/työpaikan nimi:

Lähiosoite Työpaikan puhelinnumero:

Postinumero: Postitoimipaikka:

Työaika (6h/pvä) klo: - Muut työajat, jos työaika vaihtelee:

Mukaan otettava työvaatetus:

Työelämään ohjaavan nimi:

Tarjoaako työnantaja oppilaalle ruoan? Kyllä \_\_\_\_ Ei \_\_\_\_

Muuta?

Huoltajan allekirjoitus

\_\_\_/ \_\_\_ 20\_\_\_

Päiväys Työnantajan allekirjoitus Oppilaan allekirjoitus

**Oppilas täyttää:**

**Kulkeminen TET-paikkaan:**

* Matka kotoa TET-paikalle on alle 5km, joten kuljen matkan omin kyydein.
* TET-paikka ei ole Seinäjoen alueella, kulkeminen on omakustanteista

**Jos matka on yli 5km, täytä alla oleva:**

* Kuljen bussilla ja tarvitsen TET:n ajaksi koululta bussikortin
* Kuljen kaupungin järjestämällä koulukyydillä

**Ruokailu:**

* Työnantaja tarjoaa ruoan
* TET-paikkaa lähinnä oleva Seinäjoen kaupungin toimipiste (max. 1,5 km TET-paikasta) Koulun nimi:
* En käytä koulun tarjoamaa ruokailua, ruokailuni on omakustanteinen

**Oppilaanohjaaja täyttää:**

**Ateriakorvaus:**

* Oppilaalle myönnetään ateriakorvaus (5€/pvä)

**Kilometrikorvaus:**

**(jos työpaikalle on yli 5 km eikä julkisilla kulkuneuvoilla pääse kulkemaan):**

* Oppilaalle myönnetään kilometrikorvaus, joka on anottava kahden viikon sisällä TET:n päättymisestä.

Korvauslomake on täytetty \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_\_