

Dnr

Huvudman	Organisationsnummer
----------	---------------------

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Förnyad ansökan
<input type="checkbox"/> Tidigare ansökan ej beviljad	<input type="checkbox"/> Tidigare ansökan beviljad, ange tid (tim/vecka)

<input type="checkbox"/> Helt läsår, ange läsår	<input type="checkbox"/> Del av läsår, ange fr.o.m. - t.o.m.
<input type="checkbox"/> Vistelsetid/schemalagd tid (tim/vecka)	

Förskola/skola		
Adress		Postnummer
Kontaktperson		Telefonnummer
E-postadress		
Barnet/elevens namn	Personnummer	Årskurs

Uppskattad kostnad

<input type="checkbox"/> Behov av personal, ange omfattning (tim/vecka)
<input type="checkbox"/> Andra kostnader, ange vilka, samt bifoga kostnadsunderlag (verifikation: faktura, kvitto el. dy.)

Bilagor som bifogas ansökan

<input type="checkbox"/> Åtgärdsprogram*
<input type="checkbox"/> Handlingsplan**
<input type="checkbox"/> Pedagogisk utredning/Pedagogisk kartläggning
<input type="checkbox"/> Utvärdering av Åtgärdsprogram*
<input type="checkbox"/> Aktuellt elevschema vid individuellt schema alt. beslut om anpassad studiegång*
<input type="checkbox"/> Kostnadsunderlag för andra kostnader (Verifikation: faktura, kvitto el. dy.)
<input type="checkbox"/> Annan relevant dokumentation/information som styrker barnets behov. Ange vilken/vilka

*Gäller grundskola, fritidshem **Gäller förskola

Orsak till ansökan

Beskriv i korthet elevens behov, samt de insatta extraordinära stödinsatsernas omfattning och karaktär

Underskrift

Datum

Underskrift rektor

Namnförtydligande

Blanketten skickas till:

*LINKÖPINGS KOMMUN
Centrala elevhälsan
Södra Stånggatan 1
581 81 LINKÖPING
Märk kuvertet Tilläggsbelopp*