

Utbildningsförvaltningen
Centrala Elevhälsan**Elevuppgifter**

Elevens namn	Personnummer
--------------	--------------

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1	Telefonnummer
Adress	
Vårdnadshavare 2	Telefonnummer
Adress	

Behov av tolk

Ange språk

Ansvarig rektor

Rektors namn	Telefonnummer
Skola	

Till ansökan bifogas

- Medicinsk utredning
- Pedagogisk utredning
- Social bedömning
- Psykologisk utredning

Information

- Jag/vi anser att vi fått tillräckligt med information om skolformen Anpassad Grundskola
- Jag/vi önskar mer information om skolformen Anpassad Grundskola

Kontakter med vårdgivare, nuvarande eller tidigare:

- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- Habilitering, Barn och Ungdom (HAB)
- Psykiatripartners
- Annan: _____

I och med nedanstående underskrift godkänner jag att medarbetare på den skola eleven placeras på och personal inom Centrala elevhälsan tar kontakt med ovanstående angivna kontakter, samt tidigare skola och utbyter nödvändig information och dokumentation för elevens bästa inför skolstart, utan hinder av sekretess.

Underskrifter vårdnadshavare

Datum	Underskrift vårdnadshavare 1
Datum	Underskrift vårdnadshavare 2

Underskrift ansvarig rektor

Datum	Underskrift rektor
-------	--------------------

Ansökan skickas till:
 LINKÖPINGS KOMMUN
 Centrala Elevhälsan
 Södra Stånggatan 1
 58181 LINKÖPING

Märk kuvertet Anpassad Grundskola