

ANMÄLNINGSBLANKETT

Sökt årskurs (kryssa)

År 6 År 7 År 8 År 9

Sökt skola (eventuellt):

ELEVENS UPPGIFTER

**Uppgifterna nedan ska stämma enligt folkbokföringsregistret
TEXTA TYDLIGT**

Elevers personnummer:

Elevers **förnamn** (tilltalsnamn):Elevers **efternamn**:

Gatuadress:

Postnummer:

Postort:

Om eleven ständigt bor på annan adress än den folkbokförda, notera denna nedan

Gatuadress:

Postnummer:

Postort:

Elevers hemtelefon:

Elevers mobiltelefon:

Elevers nuvarande skola:

Elevers nuvarande mentor:

Telefon till skolan

	Vårdnadshavare 1 TEXTA TYDLIGT	Vårdnadshavare 2 TEXTA TYDLIGT	Övrig kontaktperson TEXTA TYDLIGT
Förnamn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Efternamn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gatuadress	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemtelefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobiltelefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-postadress	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
forts. e-post	@	@	@
relation till elev	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vi tillåter att följande får föras in i klasslista, tillgänglig för alla elever och vårdnadshavare. Sätt kryss i lämplig ruta

Elevers uppgifter	
<input type="checkbox"/>	Tillåtes

Vårdnadshavares uppgifter	
<input type="checkbox"/>	Tillåtes

Namn	
Hemadress	
Telefon	

Namn	

Beskrivning av elevens behov:

Tidigare vidtagna åtgärder:

Kontakter finns med: (kryssa)

Råd och Stöd	<input type="checkbox"/>	Socialtjänst	<input type="checkbox"/>	BUP	<input type="checkbox"/>	Privat organisation	<input type="checkbox"/>
Annan:							

Till ansökan **skall** följande bifogas (**från föregående skola**):

Tidigare åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/>	Uppföljning av åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/>	Pedagogisk bedömning/kartläggning	<input type="checkbox"/>	Senaste betyg	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Till ansökan bifogas även: (kryssa)

Social bedömning	<input type="checkbox"/>	Psykologisk bedömning	<input type="checkbox"/>
Medicinsk bedömning	<input type="checkbox"/>	Annan: (skriv nedan)	<input type="checkbox"/>
Bilaga från:			

Underskrifter:

Datum_____
Underskrift Elev_____
Underskrift Vårdnadshavare 1_____
Underskrift Vårdnadshavare 2**Sändes till:**

**Distans Strateg Sweden AB, DiStra IRS
Box 4257**