

## ANMÄLNINGSBLANKETT

Sökt årskurs (kryssa)

År 7 År 8 År 9 

## ELEVENS UPPGIFTER

<b>Uppgifterna nedan ska stämma enligt folkbokföringsregistret TEXTA TYDLIGT</b>		
Elevens personnummer: -	Elevens <b>förnamn</b> (tilltalsnamn):	Elevens <b>efternamn</b> :
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
<b>Om eleven ständigt bor på annan adress än den folkbokförda, notera denna nedan</b>		
Gatuadress:	Postnummer:	Postort:
Elevens hemtelefon:	Elevens mobiltelefon:	
Elevens nuvarande skola:	Elevens nuvarande mentor:	Telefon till skolan

	Vårdnadshavare 1 TEXTA TYDLIGT	Vårdnadshavare 2 TEXTA TYDLIGT	Övrig kontaktperson TEXTA TYDLIGT
Förnamn			
Efternamn			
Gatuadress			
Postnummer			
Postort			
Hemtelefon			
Mobiltelefon			
E-postadress			
forts. e-post	@	@	@
relation till elev			

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

Elevens uppgifter	
	Tillåtes
Namn	
Hemadress	
Telefon	

Vårdnadshavares uppgifter	
	Tillåtes
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: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			

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

<b>Tidigare åtgärdsprogram</b> <input type="checkbox"/>	<b>Uppföljning av åtgärdsprogram</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pedagogisk bedömning/kartläggning</b> <input type="checkbox"/>	<b>Senaste betyg</b> <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: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

Underskrifter:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Underskrift Vårdnadshavare 1

\_\_\_\_\_

Underskrift Elev

\_\_\_\_\_

Underskrift Vårdnadshavare 2

**Sändes till:**

**Distans Strateg Sweden AB, DiStra IRS**  
**Box 4257**  
**102 66 Stockholm**