

Utbildningsförvaltningen
Centrala elevhälsan

Dnr

Val av inriktning Autism Hörselnedsättning NPS Generell språkstörning**Söker till** Åk 1-3 Åk 4-6 Åk 7-9**Personuppgifter**

Elevens namn	Personnummer
Folkbokföringsadress	
Postnummer	Ort

Vårdnadshavare 1	Telefonnummer
E-postadress	
Vårdnadshavare 2	Telefonnummer
E-postadress	

Nuvarande skola	Klass
Rektor	Telefon

Till ansökan bifogas

Obligatoriska handlingar för komplett ansökan:	Frivilliga handlingar för att ytterligare styrka elevens behov av särskilt stöd:
<input type="checkbox"/> Pedagogisk utredning	<input type="checkbox"/> Psykologisk bedömning/utredning
<input type="checkbox"/> Åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/> Social bedömning/kartläggning
<input type="checkbox"/> Betyg/omdöme/måluppfyllelse	<input type="checkbox"/> Medicinsk bedömning
<input type="checkbox"/> Närvaro för senaste 6 mån.	<input type="checkbox"/> Logopedutredning
<input type="checkbox"/> Utvärdering av åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/> Övrigt:

Underskrifter

Med min underskrift godkänner jag också att mottagningsgrupp för Resursskolan tar emot och eventuellt inhämtar dokument och information från nuvarande skola för att kunna göra en rättvis bedömning under mottagningsprocessen, samt att Resursskolorna vid ett eventuellt mottagande kan ta del av de handlingar som legat till grund för mottagandet, utan hinder av sekretess.

Underskrift vårdnadshavare 1	Ort och datum
Namnförtydligande vårdnadshavare 1	
Underskrift vårdnadshavare 2	Ort och datum
Namnförtydligande vårdnadshavare 2	

Underskrift rektor

Underskrift av rektor behövs endast om skolan är medsökande.

Underskrift rektor	Ort och datum
Namnförtydligande rektor	

Ansökan skickas i slutet kuvert till:

Linköpings Kommun
Centrala Elevhälsan
Södra Stånggatan 1
581 81 Linköping

Märk kuvertet *Resursskola*.