



## Ansökan till förskolans särskilda alternativ

Barnets namn		Personnummer
Gatuadress, postnr och ort		Telefon
Vårdnadshavares namn (1)	Personnummer	Telefon
Vårdnadshavares namn (2)	Personnummer	Telefon

Nuvarande utbildningsenhet	Förskola/avdelning
Kontaktperson på förskolan (namn och tfn)	Annan person som kan kontaktas (namn och tfn)

Förskolans särskilda alternativ	Utlåtanden som ska bifogas:
<input type="checkbox"/> Arredalens förskola, avdelning Humlan	Pedagogiskt utlåtande, psykologiskt alt. medicinskt utlåtande.
<input type="checkbox"/> Kalvhagens förskola, avdelning Regnbågen	Pedagogiskt utlåtande, psykologiskt alt. medicinskt utlåtande.
<input type="checkbox"/> Kålgårdens förskola, avdelning Diamanten Heltidselev <input type="checkbox"/> Deltidselev <input type="checkbox"/> Antal dagar per vecka: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Pedagogiskt utlåtande, audiogram och medicinskt utlåtande.
<input type="checkbox"/> Rosengårds förskola, avdelning Igelkotten	Pedagogiskt utlåtande, psykologiskt alt. medicinskt utlåtande.
<input type="checkbox"/> Solstickans förskola, avdelning Grön	Pedagogiskt utlåtande, psykologiskt alt. medicinskt utlåtande.

Härmed medges att mottagningsgruppen för förskolans särskilda alternativ får ta del av de utlåtanden som bifogas.  
Vidare medges att mottagningsgruppen får besöka barnet i nuvarande förskola.

Placering önskas fr.o.m	(2 veckors inskolning inräknat)
Omsorgsbehov timmar per vecka	Arbetsökande <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/>

Datum

Vårdnadshavares underskrift (1)

Vårdnadshavares underskrift (2)

### Hemkommuns yttrande, om annan hemkommun än Jönköping

Tillstyrks för tiden \_\_\_\_\_ enligt Skollagen.

Jönköpings kommun ersätts för sina kostnader för elevens utbildning.

För \_\_\_\_\_ kommun

Datum

Underskrift

Ansökan skickas till: Utbildningsförvaltningen, Chefen för barn- och elevhälsoenheten, Box 1002, 561 24 Huskvarna.

### Yttrande, mottagningsgruppen inom utbildningsförvaltningen

Ansökan tillstyrks  Ansökan avstyrks

Datum

Underskrift specialpedagog, mottagningsgruppen



**Beslut av chef barn- och elevhälsoenheten**

Ansökan bifalls       Ansökan avslås

Placering fr.o.m.

Motivering

---

---

---

Datum

Underskrift specialpedagog barn- och elevhälsoenhet

*Ansökan diariéförs vid barn- och utbildningsnämndens diarium.*

*För att underlätta hanteringen av de uppgifter du fyllt i önskar vi databehandla dessa enligt personuppgiftslagen.*

*Genom att fylla i denna blankett samtycker du till att personuppgiftsbehandling utförs.*

*Du har rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftligt undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka uppgifter som behandlas om dig och hur vi behandlar uppgifterna. Du har också rätt att begära rättelse i fråga om de personuppgifter vi behandlar.*