



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 _____

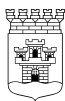
Ansökan skickas till: Utbildningsförvaltningen, Chefen för barn- och elevhälsoenheten, Box 1002, 561 24 Huskvarna.

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 Chef barn- och elevhälsoenhet

Ansökan diarieförs vid barn- och utbildningsnämndens diarium.

Delges förskolechef mottagande förskola, vårdnadshavare, förskolechef vid avlämnande förskola, barn- och elevadministrationen, ekonomienheten samt hemkommunen.

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.