



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.

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)	
Omsorgsbehovtimmar per vecka	Arbetssökande <input type="checkbox"/> Föräldraledig <input type="checkbox"/>

Datum	Vårdnadshavares underskrift (1)	Vårdnadshavares underskrift (2)
-------	---------------------------------	---------------------------------

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

Beslut av specialpedagog på barn- och elevhälsoenheten

Ansökan bifalls Ansökan avslås Placering fr.o.m. _____

Motivering _____

Datum	Underskrift specialpedagog barn- och elevhälsoenhet
-------	---

Ansökan diarieförs vid barn- och utbildningsnämndens diarium.