

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:	Andra handlingar för att styrka elevens behov av det särskilt stöd som resursskolan erbjuder:
<input type="checkbox"/> Pedagogisk utredning <input type="checkbox"/> Åtgärdsprogram <input type="checkbox"/> Betyg/omdöme/måluppfyllelse <input type="checkbox"/> Närvaro för senaste 6 mån. <input type="checkbox"/> Utvärdering av åtgärdsprogram	<input type="checkbox"/> Psykologisk bedömning/utredning <input type="checkbox"/> Social bedömning/kartläggning <input type="checkbox"/> Medicinsk bedömning <input type="checkbox"/> Logopedutredning <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*.