

## Ansökan till Konsultativt stöd

\* Obligatoriska fält

### Förskolan/skolans namn

Förskolan/skolans namn
------------------------

### Beskrivning av behov

Förskolan/skolans namn
------------------------

Syfte med ansökan (beskriv behovet så konkret som möjligt)*
---

Har konsultativt stöd varit involverade i detta ärende tidigare?*( Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

Beskriv så konkret som möjligt vilka insatser Konsultativt har gjort tidigare och även vem/vilka från Konsultativt stöd som har varit involverade i ärendet*
--

Professioner på er förskola/skola som är inkopplade* <input type="checkbox"/> Inga andra inkopplade <input type="checkbox"/> Specialpedagog <input type="checkbox"/> Speciallärare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Studie- och yrkesvägledare <input type="checkbox"/> Skolsköterska <input type="checkbox"/> Skolpsykolog <input type="checkbox"/> Skolläkare <input type="checkbox"/> Annat
--

Ange vad (Du behöver skriva vilken annan profession som är inkopplad)*
--

Beskriv så tydligt som möjligt insatser, anpassningar och åtgärder som ni gör eller har gjort*
--

Andra inkopplade* <input type="checkbox"/> Inga andra inkopplade <input type="checkbox"/> SPSM (Specialpedagogiska skolmyndigheten) <input type="checkbox"/> Skolsociala teamet <input type="checkbox"/> BUP/Psykiatripartners <input type="checkbox"/> Socialtjänsten <input type="checkbox"/> BVC <input type="checkbox"/> Habiliteringen <input type="checkbox"/> Råd och stöd <input type="checkbox"/> Annat
---

Ange vad:*
------------

Vilken insats önskar ni\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Handledning

Annat

Ange vad (Du behöver skriva vilken annan insats som önskas)\*

Områden\*

NPF (Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar)

Språkstörning

Syn

Hörsel

Särskilt begåvade elever

Arbetsterapeutiska frågor

Handledning till övergripande SU-grupper (Särskilda undervisningsgrupper)

Annat

Ange vad (Du behöver skriva vilket annat område det gäller)\*

## Bakgrundsinformation

Verksamhet\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Förskola

Pedagogisk omsorg

Fritids

Grundskola

Grundsärskola

Kommunövergripande särskild undervisningsgrupp

Annat, ange vad

Ange verksamhet\*

Ansökan avser\*

Individ

Grupp

Organisation

Vilken grupp/avdelning, klass berörs\*

Ålder på barn/elev (Du kan endast välja ett alternativ)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

Annan ålder

Ålder på barn/elev

Samtycke finns från berörda vårdnadshavare\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Berörs ej

## Kontaktuppgifter

Förskoleområde/skolområde* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Fristående förskola	<input type="checkbox"/> Fristående grundskola
<input type="checkbox"/> Avd förskola	<input type="checkbox"/> Grundskola F-6 nordväst
<input type="checkbox"/> Grundskola F-6 sydost	<input type="checkbox"/> Grundskola 7-9
<input type="checkbox"/> Special och stöd	
Förskolan/skolans namn*	
Namn rektor*	
E-postadress rektor*	
Telefonnummer rektor*	
Namn kontaktperson om annan än rektor	
E-postadress kontaktperson	
Telefonnummer kontaktperson	
Övrigt	

## Sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Underskrift