

Anmäl avvikande skolplikt

* Obligatoriska fält

Uppgiftslämnare

| |
|----------------|
| Förnamn* |
| Efternamn* |
| Befattning* |
| E-post* |
| Telefonnummer* |

Uppgifter om berörd elev

| |
|---------------|
| Personnummer* |
| Förnamn* |
| Efternamn* |
| Skola* |
| Klass* |

Uppgifter om skolledning

| |
|-------------------------|
| Rektors namn* |
| Rektors e-post* |
| Rektors telefonnummer* |
| Ansvarig skolchef |
| Skolchefs e-post |
| Skolchefs telefonnummer |

Uppgifter om frånvaro

| |
|---|
| Anmäld frånvaro i procent* |
| Har det funnits läkarintyg för anmäld frånvaro?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Oanmäld frånvaro i procent* |
| Har frånvaron varit vid en sammanhängande period?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

Ange datum för frånvaro

| |
|---------------|
| Från och med* |
| Till och med* |

Uppgifter om elevens skolsituation

| |
|--|
| Beskriv elevens skolsituation. (Exempelvis kunskapsresultat och social situation)* |
| Har vårdnadshavare kontaktats?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

| |
|---|
| Ange datum för första kontakt* |
| Beskriv vad som framkommit vid kontakt eller möte med vårdnadshavare* |

| |
|---|
| Har utredning kring elevens frånvaro påbörjats?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|---|

| |
|---|
| Ange datum för när utredning påbörjades* |
| Beskriv vad utredningen hittills har visat kring orsakerna till elevens frånvaro* |



Är utredningen avslutad?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Uppgifter om vidtagna åtgärder

| |
|--|
| Beskriv vilka åtgärder som genomförts hittills* |
| Beskriv hur uppföljning skett att åtgärder genomförts* |
| Beskriv resultatet av åtgärderna* |
| Har kontakt skett med annan myndighet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Ange vilka myndigheter* |
| Beskriv planerade insatser* |

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift