

## **Stiftelsen Ängkärrskolan**

En fristående specialskola för elever med dyslexi



Ängkärrsgatan 9

171 70 Solna

Tfn 08 735 24 26

Fax 08 730 35 66

<http://www.angkarrskolan.se>

# **ANSÖKAN OM PLATS PÅ ÄNGKÄRRSKOLAN**

**Elevens namn**

**Personnummer**

**Adress**

**Postadress**



**Eleven går idag i åk**

**Eleven söker till åk**

**Kommun / Folkbokföringsort**

**Nuvarande skola**

**Tel**

**Skolans adress**

**Nuvarande klasslärare**

**Tel**

**E-post**

**Mobil**

**Nuvarande spec.lärare**

**Tel**

**E-post**

**Mobil**

**Målsmans namn**

**E-post**

**Hem.tel**

**Arb.tel**

**Mobil**

**Till denna ansökan bör bifogas: dyslexiutredning, psykologtest (WISC-test), ögon- och öronläkarundersökning, IUP och åtgärdsprogram. Bifoga gärna utlåtande från till exempel klasslärare och speciallärare/specialpedagog.**

---

**Datum**    **Målsmans namnteckning**

---

**Datum**    **Målsmans namnteckning**