



Intresseanmälan Ängkärrskolan

Söker till läsår:		Söker till årskurs:	
Elevens namn:		Personnummer:	
Adress:	Postnummer:	Postadress:	
Folkbokföringskommun:			
Vårdnadshavare:	Telefonnummer:	E-post:	
Vårdnadshavare:	Telefonnummer:	E-post:	
Vårdnad: <input type="checkbox"/> Gemensam <input type="checkbox"/> Enskild			

Nuvarande skola:	Adress:	Nuvarande årskurs:
Skolans kontaktperson:	Telefonnummer:	Befattning:

Diagnoser:	Utredning vid:	År:
Kort beskrivning av elevens behov och psykosociala mående:		
<input type="checkbox"/> Soc-kontakt finns	<input type="checkbox"/> BUP-kontakt finns	

Underskrift vårdnadshavare:	Ort:	Datum:
Underskrift vårdnadshavare:	Ort:	Datum:

Bifoga gärna psykologutredningar, utlåtande från specialpedagog, läkarutlåtande från BUP, åtgärds-program, IUP, mötesprotokoll från elevhälsa, närvaro/frånvaro i %