

Barn- och utbildningsförvaltningen

Ansökan om utbildning i anpassad grundskola

Skollagen 11 kap 2§

Anpassade grundskolan ska ge elever med intellektuell funktionsnedsättning en för dem anpassad utbildning som ger kunskaper och värden och utvecklar elevernas förmåga att tillägna sig dessa.

Dnr:

Elev

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	

Vårdnadshavare

Namn vårdnadshavare 1:	Personnr:
E-post:	Telefon:
Namn vårdnadshavare 2:	Personnr:
E-post:	Telefon:

Vi ansöker om att mitt/vårt barn skrivs in i anpassad grundskola från och med

Jag/vi godkänner att ansvarig beslutsfattare i Skara kommun får rekvirera utredningar/ utlåtande enligt nedan som styrker att mitt/vårt barn får möjlighet att skrivas in i anpassad grundskola

pedagogisk social psykologisk medicinsk bedömning

Jag/vi godkänner att uppgifter om barnets skolgång överlämnas till mottagande skola

Datum	Underskrift vårdnadshavare 1
Datum	Underskrift vårdnadshavare 2

Avlämnande rektor

Underskrift och namnförtydligande	Telefon
-----------------------------------	---------

Ansökan skickas till Skara Kommun, Barn- och utbildningskontoret, 532 88 Skara