

Datum _____

Ansökande skola/förskola/fritidshem	Ansökan avser <input type="checkbox"/> Förskola <input type="checkbox"/> Grundskola inkl förskoleklass <input type="checkbox"/> Fritidshem	
Postadress (om friskola el fristående förskola/fritidshem)		
Rektor/verksamhetsansvarig	E-postadress	
Barnets/elevens namn	Barnets/elevens ålder	Årskurs (om skola)

A. Beskrivning av barnets/elevens svårigheter, behov och situation i förskola/skola/fritidshem. Elevhälsa ska vara delaktig i beskrivning.

Bakgrund (Till exempel förskole-/skolbyten, sjukdomsperioder, flytt från annat land, insatser från exempelvis barnhabilitering, barn- och ungdomspsykiatri, socialförvaltning).
Närvaro
Socialt samspel (Hur fungerar barnet/eleven med andra i sin omgivning?)
Beteende (I vilka situationer och på vilket sätt yttrar sig barnets/elevens svårigheter?)
Vardagssituationer (Hur fungerar barnet/eleven vid exempelvis mat- och toalettsituation? Av- och påklädning? Hitta i lokaler? Osv)
Kunskapsutveckling (Beskriv hur barnets/elevens förmågor utvecklas. Beskriv styrkor och svagheter. För elever i åk 6-9 bifoga betyg).
Eventuell funktionsnedsättning (Bifoga utlåtanden från utredningar. Vid medicinsk diagnos, bifoga egenvårdsplan.)

B. Beskrivning av hur verksamheten är organiserad på grupp- och skolnivå

Ange grupp-/klasstorlek, antal lärare, antal specialpedagoger/-lärare, övrig personal

C. Beskriv insatser

Extra anpassningar

Beslutat särskilt stöd

Resultat av utvärdering

D. Rektors/verksamhetsansvarigs motivering till ansökan om tilläggsbelopp/bidrag till verksamhetsstöd

Gör en noggrann beskrivning av de beslut som fattats om stödinsatser, som ni anser går utöver vad som täcks av grundbeloppet. Det ska framgå på vilket sätt och i vilken omfattning barnet/eleven får detta stöd. Åtgärdsprogram, eventuellt beslut om anpassad studiegång, enskild undervisning, SU-grupp bifogas alltid. För nytt barn/ny elev bifogas handlingsplan.

Kompetenser inom elevhälsan som har samverkat i utredning och/eller med insatser kring eleven	Namn
<input type="checkbox"/> Specialpedagog/-lärare	
<input type="checkbox"/> Skolpsykolog	
<input type="checkbox"/> Skolkurator	
<input type="checkbox"/> Skolsköterska	
<input type="checkbox"/> Skolläkare	
<input type="checkbox"/> Logoped/talpedagog	

Underskrift av rektor/verksamhetsansvarig

Skickas till:

Klippans kommun
 BUF/ Centrala elevhälsan
 Helene Berggren
 Storgatan 9
 264 35 KLIPPAN