# Ansökan till Svedenskolan Bergshamra (åk 1-9)

**Söker till läsår:  Grundskola  Grundsärskola**

**Söker till årskurs:**

### Elevuppgifter (om ni fyller i ansökan för hand vänligen texta)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Elevens namn | Personnummer | | | | Kön |
| Adress | Postnummer | | | | Postort |
| Kommun |  | | | |  |
| Vårdnadshavares namn | Mailadress | | | | Telefonnummer |
| Vårdnadshavares namn | Mailadress | | | | Telefonnummer |
| Vårdnad  Gemensam  Enskild |
| Har eleven en fastställd diagnos inom autismspektrum?  Ja  Nej (eleven tillhör då inte målgruppen och kan inte antas till skolan)  Eventuellt andra diagnoser: | | | | År som diagnos/diagnoser fastställdes | |
| Har eleven åtgärdsprogram  Ja  Nej (Måste då på annat sätt styrkas att eleven har ett omfattande stödbehov) | | | | Datum som åtgärdsprogrammet beslutades | |
| Kort beskrivning av elevens behov | | | | | |
| Önskas modersmålsundervisning  Ja. Ange språk:  Nej | | | | | |
| Önskas fritidstillsyn  Fritidshem: Ja  Nej  Önskas korttidstillsyn, fritids för barn över 13år : Ja  Nej | | | | | |
| Nuvarande skola (kontaktas aldrig utan vårdnadshavarens godkännande) | | | Kontaktperson och telefonnummer | | |
| Nuvarande årskurs |
| Underskrift vårdnadshavare | | Ort och datum | | | |
| Underskrift vårdnadshavare | | Ort och datum | | | |