# 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 fritidstillsynFritidshem: 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 |