

SKOLKONTORET

För socialtjänst: Ansökan om skolplacering, grundskola/anpassad grundskola

Ansökan om fritidshem görs på separat blankett. BLANKETTEN SKICKAS TILL Skolkontoret, Box 304, 733 25 SALA

PERSONUPPGIFTER

Elevens namn		Personnummer
Bostadsadress i Sala kommun	Postnummer	Ort

TIDIGARE SKOLGÅNG

Tidigare (nuvarande) skola och årskurs	Skolans ort	☐ Ansökan avser anpassad grundskola (tidigare hette det "grundsärskola")
Kontaktuppgifter till tidigare skolas rektor (eller ange varför ni inte kan ange uppgiften)		
Eventuellt önskemål om skolenhet och startdatum:		
Övrig information om tidigare skolgång (använd bilaga vid behov)		

- ☐ Åtgärdsprogram och pedagogisk utredning bifogas
☐ Åtgärdsprogram och pedagogisk utredning finns inte ☐ Senaste terminsbetyg bifogas

SKYDDADE UPPGIFTER

- ☐ Barnet har inga skyddade personuppgifter.
☐ Sekretessmarkering/skyddad folkbokföring begärd hos Skatteverket
☐ Sekretessmarkering/skyddad folkbokföring beviljad av Skatteverket
☐ Adressen ska ej lämnas ut till vårdnadshavare enligt LVU-beslut.

UPPGIFTER OM PLACERING MM.

- ☐ Placering enligt SoL ☐ Placering enligt LVU

Handläggande socialsekreterare		Telefon
Postadress		Pnr och postort
E-postadress		Kommun
Placerings startdatum	Ev. slutdatum	

UPPGIFTER OM BOENDET

Famijehem

Famijehemsföräldrar, namn 1	Personnummer	
e-postadress	Mobilnummer	Tel. arbete

Skolkontoret

<i>Familjehemsföräldrar, namn 2</i>	<i>Personnummer</i>	
<i>e-postadress</i>	<i>Mobilnummer</i>	<i>Tel. arbete</i>

HVB-hem

<i>Boendets namn</i>		<i>Telefon</i>
<i>Kontaktperson 1</i>		<i>E-post</i>
<i>Kontaktperson 2 (frivillig uppgift)</i>	<i>Telefon</i>	<i>E-post</i>

VILKEN INFORMATION SKA VÅRDNADSHAVARE FÅ?

Inlogg i SchoolSoft (Webbaserad lärplattform) ☐ Ja ☐ Nej
 Medverka vid utvecklingssamtal tillsammans med barnet ☐ Ja ☐ Nej
 Kopia av formella beslut (åtgärdsprogram m.fl.) ☐ Ja ☐ Nej

Har ni övriga upplysningar ni önskar bifoga? V.g. använd bilaga.
UNDERSKRIFT VÅRDNADSHAVARE (ENDAST VID PLACERING ENLIGT SOL)

Genom underskriften ger jag/vi samtycke till att familjehemsföräldrarna ombesörjer skolgången i alla avseenden för mitt/vårt barn, inklusive val av skola.

<i>Underskrift</i>	<i>Personnummer</i>
<i>Namnförtydligande</i>	<i>Datum</i>
<i>E-postadress</i>	<i>Mobilnummer</i>

<i>Underskrift</i>	<i>Personnummer</i>
<i>Namnförtydligande</i>	<i>Datum</i>
<i>E-postadress</i>	<i>Mobilnummer</i>

UNDERSKRIFT SOCIALTJÄNST (både vid SOL och LVU, svarar för att alla uppgifter är korrekta.)

<i>Underskrift</i>	<i>Datum</i>
--------------------	--------------

Annan person som deltar i planeringen av placeringen (konsult, familjehemssekreterare etc.)

<i>Namn</i>	<i>Telefon</i>
<i>Funktion (Titel och ev. företag)</i>	
<i>E-postadress</i>	

Skolkontoret

Följande sidor är två blanketter för lämnande av samtycke till rekvisition av vårdjournal. Vid SOL-placering skriver vårdnadshavare under, vid LVU-placering skriver socialsekreterare under.

Om barnet ska börja i **grundskolan**, använd den första (elevhälsojournal).

Om barnet ska börja sin skolgång i Sala vid **höstterminens start i förskoleklass**, använd den andra.

Om barnet ska börja sin skolgång i Sala i **förskoleklass** men **efter** höstterminens start, v.g. fyll i båda.

REKVISITION AV ELEVHÄLSOJOURNAL

Elevhälsans medicinska insats

Välkommen till vår skola!

För att på bästa sätt möta ditt barns behov i skolan vill vi inom Elevhälsans medicinska insats skicka efter journal från föregående skola. För detta krävs ett samtycke från dig som vårdnadshavare. I journalen finns uppgifter om exempelvis tillväxt, syn, hörsel och vilka vaccinationer ditt barn fått.

Endast skolsköterskan och skolläkaren har tillgång till journalen. Det kan ta lite tid innan jag får journalen. **Om ditt barn har någon allvarlig sjukdom/allergi hör gärna av dig till mig direkt.**

Med vänlig hälsning

Skolsköterskorna i Sala

Uppgifter om eleven

Elevens efternamn	Elevens förnamn	Personnummer
Föregående skola		Föregående kommun

Härmed lämnas samtycke till att Elevhälsans medicinska insats i Sala kommun får rekvirera elevhälsovårdsjournalen gällandes mitt/vårt barn

Datum	Underskrift vårdnadshavare	Underskrift vårdnadshavare
-------	----------------------------	----------------------------

Blanketten återlämnas ifylld till Elevhälsans medicinska insats.

Till skolsköterska på elevens tidigare skola. Vi använder Prorenata med elektronisk kommunikation. Prorenata-kod:

Journalkopior skickas till följande adress:

--

**REKVISITION AV
BARNHÄLSOVÅRDSJOURNAL****Välkommen till Sala kommun!**

För att på bästa sätt möta ditt barns behov i skolan vill vi inom Elevhälsans medicinska insats skicka efter journal från BHV-mottagningen. För detta krävs ett samtycke från dig som vårdnadshavare. I journalen finns uppgifter om exempelvis tillväxt, syn, hörsel och vilka vaccinationer ditt barn fått.

Endast skolsköterskan och skolläkaren har tillgång till journalen.

Om ditt barn har någon allvarlig sjukdom/allergi hör gärna av er till oss direkt.

Med vänlig hälsning

Skolsköterskorna i Sala

Uppgifter om eleven

Elevens efternamn	Elevens förnamn	Personnummer
BHV-mottagning		Föregående kommun

Härmed lämnas samtycke till att Elevhälsans medicinska insats i Sala kommun får rekvirera barnhälsovårdsjournalen gällandes mitt/vårt barn

Datum	Underskrift vårdnadshavare	Underskrift vårdnadshavare
-------	----------------------------	----------------------------

Till vederbörande sjuksköterska på elevens tidigare BHV-mottagning. Vi använder datorjournal och kan ta emot digital överföring i PMO journalsystem. Mejla gärna skolsköterskan när journalen har exporterats.

Journalkopior skickas till följande adress:

--