

SKOLKONTORET

För socialtjänst: Ansökan om skolplacering, grundskola/grundsärskola

Ansökan om fritidshem görs på separat blankett.

BLANKETTEN SKICKAS TILL Skolkontoret, Box 304, 733 25 SALA

PERSONUPPGIFTER

Elevers namn		Personnummer
Bostadsadress i Sala kommun	Postnummer	Ort

TIDIGARE SKOLGÅNG

Tidigare (nuvarande) skola och årskurs	Skolans ort	Ansökan avser särskola ☐
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

Familjehem

Familjehemsföräldrar, 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. 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 Sala kommun!

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.

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
Föregående skola		Föregående kommun

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

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

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

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:

--