

## 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 <input type="checkbox"/>
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
Placeringens 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 VÅRDADSHAVARE 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 VÅRDADSHAVARE (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.

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 journalssystem. Mejla gärna skolsköterskan när journalen har exporterats.

Journalkopior skickas till följande adress:

--

**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:

--