



## Ansökan till A – klass / A - grupp

skickas till: Elevhälsans centrala stödteam, Stora Rådmansgatan 1, 272 31 SIMRISHAMN

Elevers namn.....Personnr.....

Skola.....Klass.....

Vårdnadshavare.....Telnr.....

Skolans kontaktperson.....Telnr.....

**Till ansökan bifogas följande dokumentation/information:**  Nuvarande skolsituation  
 Skolhistorik  
 Tidigare gjorda utredningar

.....  
Datum

.....  
Rektor/Verksamhetsledare

.....  
Vårdnadshavare

.....  
Vårdnadshavare

### Elevhälsans anteckningar

Beslut enligt §

2010 - -

Beviljas

Beviljas inte

.....  
Förvaltningschef