

Alla uppgifter måste vara ifyllda, annars sändes ansökan åter

Föräldrar Enskild vårdnad Gemensam vårdnad
Eleven Familjehemsplacerad

Elevens tilltalsnamn Personnummer

Elevens efternamn Kvinna Man

Elevens modersmål

Vårdnadshavare 1 Personnummer

Utdelningsadress Tfn/bostad

Postnummer/ort Tfn/arbete

E-post Mobil

Vårdnadshavare 2 Personnummer

Utdelningsadress Tfn/bostad

Postnummer/ort Tfn/arbete

E-post Mobil

Familjehemsplacerad hos Personnummer

Utdelningsadress Tfn/bostad

Postnummer/ort Tfn/arbete

E-post Mobil

Nuvarande skola Tfn/exp.
Nuvarande SYV/YVL Tfn/SYV/YVL
Nuvarande lärare Tfn/exp
Utdelningsadress Tfn/arbete
Postnummer/ort Mobil
E-post

Kopia av Beslut om rätten till särskola ska bifogas till praktiken

Bifogat rätten till särskolan

Eleven har gått

Grundskola årskurs

Gymnasieskola årskurs

Grundsärskola årskurs

Gymnasiesärskola årskurs

VÄLJ UTBILDNING

Markera i rutan nedan.

Skriv **1** för förstahandsvalet och **2** för andrahandsvalet

Administration, handel och varuhantering **AHADM**

Hälsa vård och omsorg **HOHAL**

Hantverk och produktion **HPHAN**

Skog, mark och djur **SKSKO**

Hotell, restaurang och bageri **HRHOT**

IDROTTSGYMNASIET

Om du vill göra praktik vid Idrottsgymnasiet, kryssa då i ditt önskemål.

Innebandygymnasiet **IBG**

Friidrottsgymnasiet **FIG**

Fotbollsgymnasiet **FOG**

Motionsidrottsgymnasiet **MIG**

TILL FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE

DIAGNOS

Lindrig utvecklingsstörning Autism Annat

.....
.....

Har eleven/familjen stödkontakt? I så fall ange var och ev. kontaktperson te x habilitering eller BUP.

.....
.....
.....

Epilepsi Nej Ja

Diabetes Nej Ja

Rörelsehinder Nej Ja

Synnedläggning Nej Ja

Hörselnedsättning Nej Ja

Tal/språkstörning Nej Ja

Allergi Nej Ja

Medicinering Nej Ja

Särskild kost Nej Ja

Situationer då eleven behöver särskilt stöd i boendet/fritiden

.....
.....
.....

I vilken omfattning behöver eleven tillsyn på boendet.

Morgon

Kväll

Natt *(Det finns alltid sovande jourpersonal i närheten av ett boende)*

Elevens starka sidor
.....
.....

Situationer när eleven
behöver särskilt stöd i
skolan/boendet/fritiden.....
.....

Har eleven assistent
i skolan?
I så fall i vilken omfattning
och anledning?

Fritidsintressen
.....
.....

Behöver eleven
hjälpmedel?
.....

Har eleven
kontaktperson/
ledsagare enligt LSS
(Lagen om stöd och
service)

Övrigt

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inför praktiken är det viktigt att vi får information om ditt barn. Vi är medvetna om sekretessbestämmelserna. Den information vi får kommer under tystnadsplikt att delges den personal som ansvarar för eleven i skola, boende och fritid. Detta för att vi ska kunna ge rätt insatser till ditt barn.

Jag godkänner härmed att ansvarig tjänsteman på Höghammargymnasiet får inhämta sådan information från skola och sjukvård, som bedöms vara nödvändig för att skolan på bästa sätt skall kunna tillgodose mitt barns behov. Jag godkänner även att mitt barn skjutsas i bil/buss inom skolans verksamheter och får fotograferas till skolans elevregister.

Datum

Förälder/Vårdnadshavares namnteckning

Kontaktperson för praktiken är Samordnare Carina Hådell tfn. 010-454 11 44, mailadress carina.hadell@hufb.se

Sänd denna blankett åter till
Hälsinglands Utbildningsförbund, Höghammargymnasiet, Att: Carina Hådell, Läroverksgatan 36, 821 80 BOLLNÄS