

Föräldrar  Enskild vårdnad  Gemensam vårdnad

Eleven är  Familjehemsplacerad

Elevens tilltalsnamn	Personnummer
Elevens efternamn	Elevens modersmål
Elevens telefonnummer	<input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man

Vårdnadshavare 1	Personnummer
Utdelningsadress	Mobilnummer
Postnummer/ort	Telefonnummer arbetet
E-postadress	

Vårdnadshavare 2	Personnummer
Utdelningsadress	Mobilnummer
Postnummer/ort	Telefonnummer arbetet
E-postadress	

Familjehemsplacerad hos	Personnummer
Utdelningsadress	Mobilnummer
Postnummer/ort	Telefonnummer arbetet
E-postadress	

Nuvarande-/Avlämnande skola	Telefonnummer till expeditionen
Nuvarande lärare/Kontaktperson	Telefonnummer
E-postadress	
Nuvarande SYV/YVL	Telefonnummer
E-postadress	
Övergångssamordnare (om annan än ovan)	Övergångssamordnares telefon
E-postadress	

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

Hantverk och produktion **HPHAN**

Hälsa vård och omsorg **HOHAL**

Hotell, restaurang och bageri **HRHOT**

Skog, mark och djur **SKSKO**

## IDROTTSGYMNASIET

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

Innebandygymnasiet **IBG**

Friidrottsgymnasiet **FIG**

Fotbollsgymnasiet **FOG**

Motionsidrottsgymnasiet **MIG**

## TILL FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE

- 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 .....

### DIAGNOS

- Lindrig intellektuell funktionsnedsättning  Autism  Annat
- .....
- .....

## 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 .....

.....

Fritidsintressen .....

.....

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

Nedan dokumenteras det som är relevant för att eleven redan initialt ska kunna få de extra anpassningar eller särskilt stöd som eleven kan vara i behov av i den nya lärmiljön. Dokumentationen genomförs i dialog med elev och vårdnadshavare.

Stöd i form av extra anpassningar/särskilt stöd har getts i ämnena:

1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 .....

Övriga ämnen/stöd i annan miljö:

.....

På följande sätt:

- A. Ett särskilt schema över skoldagen
- B. Undervisningsområde förklarar på annat sätt
- C. Extra tydliga instruktioner
- D. Stöd att sätta igång arbetet
- E. Hjälpa att förstå texter
- F. Digitala lärverktyg och anpassade programvaror
- G. Anpassade läromedel
- H. Utrustning t.ex. tidshjälpmedel
- I. Extra färdighetsträning
- J. Specialpedagogiska insatser (Enstaka eller Regelbundna)
- K. Särskild undervisningsgrupp
- L. Enskild undervisning
- M. Anpassad studiegång
- N. Resurslärare/Assistent
- O. Övrigt

Beskriv kort hur stödet har sett ut inom de område som kryssats i och hur stödet fungerat

.....  
.....

Fortsätt på nästa sida

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inför praktiken är det viktigt att vi får information om ditt barn. Vi är medvetna om sekretessbestämmelserna GDPR. 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

**ALLA UPPGIFTER MÅSTE VARA IFYLDA, ANNARS SÄNDES ANSÖKAN ÅTER**

Kontaktperson för praktiken är Samordnare Carina Hådell tfn. 010-454 11 44

E-post [carina.hadell@hufb.se](mailto:carina.hadell@hufb.se)

Sänd denna blankett åter till:

Hälsinglands Utbildningsförbund  
Höghammargymnasiet  
Att: Carina Hådell  
Läroverksgatan 36  
821 80 BOLLNÄS



Höghammargymnasiet  
Hälsinglands Utbildningsförbund