



Datum

\_\_\_\_\_

### ELEVENS UPPGIFTER

Förnamn		Personnummer	<input type="checkbox"/> Flicka <input type="checkbox"/> Pojke
Efternamn		Anlände till Sverige	
Adress		Hemland/transitland	
Postnummer	Postadress	Modersmål/skolspråk	
Allergier eller specialkost		Status (t.ex. asylsökande)	
		Dossienummer (om asylsökande)	

Vårdnadshavare/god man		Vårdnadshavare/god man	
Adress		Adress	
Postnr	Postadress	Postnr	Postadress
Telefonnummer	E-post	Telefonnummer	E-post

Övrigt

### Uppgiftslämnare

Datum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

### Fylls i av CFL

<input type="checkbox"/> Mottagningssamtal genomfört	Samtalsledare: _____	Datum _____
<input type="checkbox"/> Kartläggning ska göras	Tolkbehov <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="radio"/> Placeras i FBK	Önskad skola _____	
<input type="checkbox"/> Ingen kartläggning	Startdatum i FBK _____	
<input type="radio"/> Eleven saknar skolbakgrund	Övrigt	
<input type="radio"/> Eleven går direkt till anvisad skola		

**Fylls i av CFL**

Familjeförhållanden - bor med en eller två föräldrar, syskon:

Föräldrar/vårdnadshavares hemland, språkkunskaper, skolbakgrund och yrkesbakgrund:

Simkunnig

Ja Om Ja, hur långt? \_\_\_\_\_  Nej

Har eleven genomgått någon hälsoundersökning i Sverige?

Ja När: \_\_\_\_\_ Var: \_\_\_\_\_  Nej

Övrigt som kan vara bra att känna till tex sjukdomar, allergier, medicinering, hörsel,syn mm

Jag har tagit del av information "samtycker till informationsbyte" och medger utbyte.

Ja  Nej

Godkänner vårdnadshavare/god man att eleven får var med på foto/bild i tidningar, skolans hemsida eller andra medier i syfte att visa verksamheten?

Ja  Nej

Datum

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CFL, Centrum för flerspråkigt lärande - Telefonnummer 033-35 51 54, 033-35 51 13