

Ansökan

Elevers namn:	Personnummer:	
Adress:		
Postnummer, ort:	Telefon bostad:	
Vårdnadshavares namn, telefon:	Vårdnadshavares namn, telefon:	
Elevers nuvarande skola (klass):	Specialpedagog på skolan, telefon:	
Rektors namn:	Telefonnummer:	
Övriga myndigheter som är/har varit inkopplade ex BUP, IFO, Habiliteringen:		
Insatser från elevhälsoteamet	JA	NEJ
Kontaktperson i EHT-teamet:		

Till detta underlag för placering skall följande bifogas:

Psykologutredning: påvisar diagnos inom autismspektrumtillstånd

Pedagogisk utredning

Social utredning

Åtgärdsprogram

Eventuellt andra underlag som t ex IUP, Medicinsk utredning

Datum _____ Underskrift, Rektor hemskola

Datum _____ Vårdnadshavare tagit del

Datum _____ Vårdnadshavare tagit del

Personuppgifter i denna ansökan kommer att behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen som underlag för eventuell placering i SU-grupp A-resurs. För mer information om hur Borås Stad hanterar personuppgifter se **boras.se/pub** eller kontakta Grundskoleförvaltningen via Borås Stads växel 033-35 70 00. Grundskolenämnden är personuppgiftsansvarig för grundskolan och nås via **grundskola@boras.se**

POSTADRESSBodaskolan
Milstensgatan 25
507 42 Borås**TELEFON**033-35 79 09
033-35 79 12**REKTOR**

Stefan Kristoffersen