

Ansökan om prövning av rätten till mottagande i anpassad grundskola/anpassad gymnasieskola

Medgivande till **att en skolformsutredning** som innehåller psykologisk-, medicinsk-, social-, och pedagogisk bedömning **får genomföras.**

Barn/elev

| | |
|------|--------------|
| Namn | Personnummer |
|------|--------------|

Vårdnadshavare 1

| | |
|--------|---------------|
| Namn | |
| Adress | Postnummer |
| Ort | Telefonnummer |

Vårdnadshavare 2

| | |
|--------|---------------|
| Namn | |
| Adress | Postnummer |
| Ort | Telefonnummer |

Underskrift

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| Datum | Datum |
| Underskrift vårdnadshavare 1 | Underskrift vårdnadshavare 2 |
| Namnförtydligande | Namnförtydligande |

Skickas till

Lessebo kommun
365 80
Barn och utbildningsförvaltning
Verksamhetschef barn och elevhälsa