

Samtycke till överlämning från annan skola/förskola

Elevens/barnets för- och efternamn	Personnummer
------------------------------------	--------------

Vi ger vårt samtycke till att kontakt för överlämning tas med berörd personal på överlämnande skola samt att följande dokumentation får överföras

från (skolans/förskolans namn): _____

till (skolans/förskolans namn): _____

Samtycket gäller under _____ månader från dagens datum: _____

Ja Nej Inte relevant

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Omdömen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utredning om elevs behov av särskilt stöd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Åtgärdsprogram |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Journal för elevhälsans medicinska insats |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Journal från BVC |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psykologisk bedömning |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Social bedömning |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Övriga bedömningar/utredningar (t.ex. logoped): |

--

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annan dokumentation/information: |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|

--

Kontaktuppgifter till ansvarig pedagog och/eller annan berörd funktion

(rektor, specialpedagog, resurs)

Befattning	För och efternamn
Telefonnummer	E-post

Befattning	För och efternamn
Telefonnummer	E-post

Befattning	För och efternamn
Telefonnummer	E-post

Vårdnadshavare 1

Datum	Underskrift
-------	-------------

Vårdnadshavare 2

Datum	Underskrift
-------	-------------

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare ge sitt samtycke genom namnunderskrift. Samtycke kan återkallas när som helst. Original behålls av skolan. Kopia lämnas till vårdnadshavare och till den avlämnande/mottagande skolan.

Ifylld och undertecknad blankett skickas per post till Örebro Waldorfskola, Glomman 94, 702 30 Örebro. Blanketten kan även mailas till info@orebrowaldorf.se alternativt lämnas in personligen till kansliet på Örebro Waldorfskola.