



Danderyds Sjukhus

Ansökan till språkförskola

Ansökan avser

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Personnummer: _____

Folkbokföringsadress: _____

Postadress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Önskad språkförskoleplacering, kommun och verksamhet:

Vårdnadshavare 1

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Folkbokföringsadress: _____

Postadress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

Vårdnadshavare 2

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Folkbokföringsadress: _____

Postadress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____



Nuvarande skola

Skolans namn: _____ Avdelning: _____

Kontaktperson: _____ Telefonnummer: _____

Adress: _____

1. Vi önskar tolk vid inbokade besök

Nej Ja, språk: _____

2. Skickas språkförskoleansökan till ytterligare kommuner?

Nej Ja, vilken kommun: _____

3. Ange bakgrund/anledning till ansökan:

4. Har barnets hemkommun informerats om ansökan?

Nej Ja, vem och när: _____

Bilagor

Följande dokumentation bifogas ansökan:

Logopedutlåtande

Psykologbedömning

Pedagogisk beskrivning

Övrig dokumentation: _____

Samtycke

Vi ger mottagande logoped tillåtelse att ta del av samtliga logopedjournaler. Nej Ja

Vi ger mottagande logoped tillåtelse att ta del av samtliga journaler som är relevanta för bedömningen. Nej Ja

Jag/vi har tagit del av ovanstående handlingar och önskar ansöka om placering på språkförskola.

Ort och datum

Ort och datum

Namnteckning vårdnadshavare 1

Namnteckning vårdnadshavare 2

Namnförtydligande

Namnförtydligande
