

Överföring av elevvårdsärende till bildningsdirektören	Mottaget ____ / ____ 20____ _____ Bildningsdirektörens underskrift
Bedömning om behov av särskilt stöd i yrkesövergripande elevvård	Hur planeras det särskilda stödet? <input type="checkbox"/> Förlängd läroplikt <input type="checkbox"/> Elevvårdsstöd <input type="checkbox"/> Specialundervisning på deltid <input type="checkbox"/> Smågruppsundervisning <input type="checkbox"/> Individuell undervisning <input type="checkbox"/> Differentiering/individualisering <input type="checkbox"/> Terapier Vad? Vem? <input type="checkbox"/> Annat stöd <input type="checkbox"/> Specialhjälpmedel Vad? <input type="checkbox"/> Assistans av skolgångsbiträde <input type="checkbox"/> Individualiserad lärokurs i _____ ämne Motivering: <input type="checkbox"/> Hjälpmedel, material och läromedel Utvärdering, uppföljning och ansvarspersoner Datum ____ / ____ 20____ _____ Speciallärare
Psykolog-, läkar- och/eller socialutredning vid behov	Datum ____ / ____ 20____ Bifogade utlåtanden

Bildningsdirektörens mottagande och beslut	Mottagen datum ____ / ____ 20____ <input type="checkbox"/> Beslut om fortsatt intensifierat stöd <input type="checkbox"/> Beslut om särskilt stöd _____ Bildningsdirektör <input type="checkbox"/> Beslutsprotokoll bifogas
---	--