

Ansökan om tilläggsbelopp

Fristående verksamheter

Ansökan skickas till:
Alingsås kommun
Barn- och ungdomskontoret
441 81 ALINGSÅS

Ny ansökan	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Förnyad ansökan	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

Namn:	Personnummer:
Barnet är placerad på denna förskola/skola:	Avdelning/klass:

Ansökan gäller för läsår:	
Blivande förskola/skola:	Avdelning/klass:

Anledning till ansökan

--

Vilka extra insatser eller resurser är avsatta för barnet/eleven idag?

--

Följande extraordinär insats behövs, som inte täcks av grundbeloppet:

Barnets/elevens vistelsetid i förskola/fritidshem/skola:

Antal timmar/vecka som behövs av extraordinära insatser, utöver ordinarie organisation:

Vid ny ansökan: Beskriv hur tilläggsbeloppet förväntas göra skillnad

Vid förnyad ansökan: Beskriv hur det tidigare beloppet använts och bidragit till barnets/elevens möjlighet att delta i den pedagogiska verksamheten:

Kryssa i utredningar som är gjorda kring barnet/eleven:

Medicinsk	<input type="checkbox"/>	Logoped	<input type="checkbox"/>	Annan	<input type="checkbox"/>
Pedagogisk	<input type="checkbox"/>	Hörsel	<input type="checkbox"/>		
Social	<input type="checkbox"/>	Psykologisk	<input type="checkbox"/>		

Vid annan utredning, beskriv denna:

--

Datum för aktuellt åtgärdsprogram/handlingsplan:

--

Ansökan för kommande läsår ska inkomma senast den 15 maj.

Ansvarig rektor:

Namn:	Telefonnummer:
Datum:	Underskrift: