



Ansökan om tilläggsbelopp Fristående verksamheter

Ansökan skickas till:
Barn- och ungdomsförvaltningen
Kungsgatan 9
44181 Alingsås

Uppgifter om barnet/eleven

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

Ansökan gäller för detta läsår:	
Blivande förskola/skola:	Avd/ klass:

Anledning till ansökan

--

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

--



Följande extra ordinär insats behövs, som inte täcks av grundbeloppet.

Barnet/elevens vistelsetid i förskola/ fritidshem/ skola:

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

Beskriv hur ett extra ordinärt stöd förväntas göra skillnad

Kryssa i utredningar som är gjorda kring barnet/eleven

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

Vid annan utredning, beskriv denna



Beskriv ev. kompetensutveckling som behövs för personal

Datum för aktuellt åtgärdsprogram/handlingsplan:

Ansvarig för ansökan och ev. underlag, ange namn och telefonnummer:

Utvärdering utifrån tilläggsbeloppet lämnas senast den 31/12 för höstterminen.

Ansvarig förskolechef/rektor

Namn:	Telefonnummer:
Underskrift:	Datum: