



**Personuppgifter**

Elevens namn (förnamn och efternamn)		Personnummer
Adress		Telefon (hem)
Postnummer och ort		Telefon (mobil)
Vårdnadshavares namn (förnamn och efternamn)	Vårdnadshavares namn (förnamn och efternamn)	

**Avlämnande skola**

Skolans namn	Klass	Läsår
Ansvarig mentor	Telefon	
Ansvarig rektor	Telefon	
Eventuell annan ansvarig kontaktperson	Telefon	

**Eleven bedöms uppnå behörighet inom 1 år**

JA       NEJ       Högskoleförberedande program       Yrkesprogram

**Stöd och åtgärder**

Finns åtgärdsprogram <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Finns utredning/diagnos <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
I skolan genomförda åtgärder/stöd:	
<input type="checkbox"/> Mindre grupp	<input type="checkbox"/> Mindre grupp
<input type="checkbox"/> Assistent	<input type="checkbox"/> Modersmål/studiehandledning
<input type="checkbox"/> Tekniska/kompensatoriska hjälpmedel	
Annat pedagogiskt stöd, vilket:	

**Fortsatt behov inför gymnasiet**

Eleven behöver särskilda insatser utifrån:

Läs- och skrivsvårigheter       Generella eller specifika inlärningssvårigheter

Matematiksvårigheter       Koncentrationssvårigheter

Annat:

**Ta kontakt med (telefon och namn)**

<input type="checkbox"/> Ansvarig lärare	<input type="checkbox"/> Skolledare
<input type="checkbox"/> Skolsköterska	<input type="checkbox"/> Studie- och yrkesvägledare
<input type="checkbox"/> Kurator	<input type="checkbox"/> Skolpsykolog
<input type="checkbox"/> Specialpedagog	





Följande dokument överlämnas som bilaga vid augustiöverlämnandet

Åtgärdsprogram

Omdömen

Behov av överlämnandekonferens

Anteckningar:

Undertecknad vårdnadshavare medger att information lämnas över till mottagande skola

Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

