

Huoltaja täyttää

Oppilaan nimi		Syntymäaika	
Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka
Huoltajien nimet		Puh.	Sähköpostiosoite
Koulu	Luokka	Opettaja / luokanvalvoja	
Anomme lapselle koulunkäyntiavustajapalveluja ajalle: _____			
Perustelut:			
Liite (pakollinen)			
Lääkärin lausunto		<input type="checkbox"/>	
Psykologin / psykiatrin lausunto		<input type="checkbox"/>	
Muun viranomaisen lausunto, mikä?		<input type="checkbox"/>	
Päiväys ja allekirjoitus			
_____ / _____ 20 ____			

Koulun esitys järjestelyiksi

Aikaisemmat tukitoimet	
Toimintaehdotus, tukitoimen laajuus, seuranta, muut jatkotoimenpiteet	
Liite (pakollinen)	
Opettajan lausunto	<input type="checkbox"/>
Erytisopettajan lausunto	<input type="checkbox"/>
Rehtorin lausunto	<input type="checkbox"/>
Muu (mikä?)	<input type="checkbox"/>
Päiväys ja allekirjoitus	
_____ / _____ 20 ____	

Palauta hakemus osoitteeseen: Nivalan kaupunki, Kirjaamo, PL 10, Kalliontie 15, 85501 Nivala