

ANSÖKAN OM SKOLBARNOMSORG – SÖDERHAMNS KOMMUN

Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet 9:7 § LSS

Period för behov av korttidstillsyn fr o m _____ t o m _____

Önskemål om placering _____

Ange tider för behovet

Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
-	-	-	-	-

Ansökan skall vara barn- och utbildningsförvaltningen tillhanda senast 1 månad före behovsdatum

UPPGIFTER OM BARNET

Namn	Personnummer	Telefon bostad
Adress	Postnummer och ort	

UPPGIFTER OM VÅRDADSHAVARE

Namn	Telefon bostad	Telefon arbete
Adress	Postnummer och ort	
Namn	Telefon bostad	Telefon arbete
Adress	Postnummer och ort	

UPPGIFTER OM VÅRDADEN

Gemensam Ensam vårdnad Namn _____

ÖVRIGA UPPGIFTER

Kontaktperson i nuvarande förskola/skola _____

KOMPLETTERANDE UPPGIFTER TILL ANSÖKAN OM SKOLBARNOMSORG

Behov av skolskjuts Ange sträcka (orter) _____

Samtycker till kontakt med LSS-eneheten för att ta del av personkretsbedömningen för beslut enl § 9:7 LSS

Datum _____

vårdnadshavare

vårdnadshavare

Ifylld blankett skickas till: Söderhamns kommun, Barn- och utbildningsförvaltningen, 826 80 SÖDERHAMN