



Postadress: Ulleråkersvägen 21, hus 62
756 43 Uppsala
Rektor: Nicklas Svensk
www.kajanfriskola.se
Vid frågor kontakta biträdande rektor
Samira Vihreäranta.
E-post: samira.vihrearanta@kajanfriskola.se
Telefon: 018-477 04 95

Ansökan om skolplats

Lämnade uppgifter används uteslutande för internt bruk, i förberedande syfte samt under skolgången.

1. BARNETS OCH VÅRDNADSHAVARES ADRESSUPPGIFTER (Var god TEXTA)

Flicka Pojke

Barnets förnamn (tilltalsnamn understruket)

Barnets efternamn

Barnets personnummer

År, månad, dag plus 4 siffror

Barnets folkbokföringsadress

Gata, nummer:

Postnummer, ort:

Hemtelefon:

Vårdnadshavare 1

För- och efternamn:

Personnummer :

Adress:

Telefon dagtid:

Mobilnummer:

E-postadress:

Vårdnadshavare 2

För- och efternamn:

Personnummer :

Adress:

Telefon dagtid:

Mobilnummer:

E-postadress:



Kajan Friskola

Ansökan om skolplats

2. UPPGIFTER OM BARNETS SKOLGÅNG (Var god TEXTA)

Ansökan gäller

- | | | |
|--|---------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundskola | Årskurs _____ | Önskar starta, datum _____ |
| <input type="checkbox"/> Grundsärskola, ämnen | Årskurs _____ | |
| <input type="checkbox"/> Grundsärskola, ämnesområden | Årskurs _____ | |
| <input type="checkbox"/> Gymnasiesärskola, Individuella programmet | Årskurs _____ | |

Ansökan gäller

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fritids | Önskar starta, datum _____ |
| <input type="checkbox"/> Fritidsklubb (korttidstillsyn enl. LSS för skolungdom över 12 år) | |
| <input type="checkbox"/> Skolskjuts med taxi (Obs! Separat ansökan) | |
| <input type="checkbox"/> Busskort (Obs! Separat ansökan) | |
| <input type="checkbox"/> Modersmål (Obs! Separat ansökan) | |

Önskemål om tid för skolskjuts med taxi och tillsyn på fritids:

- 15.00-15.30
 15.40-16.20
 16.30-16.50
 Vi önskar tillsyn fram till klockan _____ och hämtar själva/åker buss.

Barnets nuvarande skola/förskola

Ange även lärare, med stor kännedom om Ert barn, namn och telefonnummer efter överenskommelse med denna.



Kajan Friskola

Ansökan om skolplats

Vilka skolor har barnet tidigare gått i och under vilka tidsperioder

Eventuella andra kontakter runt Ert barn

T.ex. habiliteringspersonal, specialpedagog, talpedagog, assistent eller liknande. Ange namn och telefonnummer, alternativt arbetsplats, där vi kan nå personen.

3. UPPGIFTER OM EVENTUELLT STÖDBEHOV (Var god TEXTA)

Barnet har tidigare haft stödundervisning i följande ämnen

Ange ämne samt tidsperiod.

Barnet har följande särskilda behov

Ange pågående eller slutförd utredning, eventuell diagnos, sjukdom, medicinering, allergi m.m.



Ansökan om skolplats

Eventuellt övrigt som skolan bör känna till

4. UTREDNINGAR

Medicinskt:

Psykologiskt:

Specialpedagogisk:



Kajan Friskola

Ansökan om skolplats

Annan utredning:

5. UPPGIFTER OM BARNET (Var god TEXTA)

Barnets hemspråk

Berätta gärna allmänt och i korta ordalag om Ert barn

Styrkor, intressen m.m.

6. DATUM OCH UNDERSKRIFT

Datum:

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Vid gemensam vårdnad undertecknar båda vårdnadshavare