

## Underlag för ansökan till hörseklass

Elevers namn	Elevers personnummer
--------------	----------------------

### Tidigare utredningar

Ange om det har gjorts psykologiska, sociala eller medicinska utredningar.  
Ange i så fall vem eller vilka som har gjort utredningarna, vilken befattning  
den eller de personerna har samt vilket datum utredningarna gjordes.

bifogas

**Utbildningsförvaltningen**  
AlviksskolanAlviksskolan, Tranebergsvägen 79, 165 47  
Bromma  
Telefon 08 508 07 111  
Växel 08 508 07 100  
Fax 08 508 07 107  
eva.abom@stockholm.se  
www.alviksskolan.se

Datum	Vårdnadshavares underskrift
-------	-----------------------------

**Utbildningsförvaltningen**  
Alviksskolan

Alviksskolan, Tranebergsvägen 79, 165 47  
Bromma  
Telefon 08 508 07 111  
Växel 08 508 07 100  
Fax 08 508 07 107  
eva.abom@stockholm.se  
www.alviksskolan.se

### **Kartläggning- Vårdnadshavare**

*Beskriv barnets styrkor.*

*I vilka situationer visar de sig?*

*På vilket sätt visar de sig?*

*Beskriv barnets svårigheter.*

*I vilka situationer visar de sig?*

*På vilket sätt visar de sig?*

*Hur gör ni för att bäst stödja barnets utveckling.*

*Har barnet något personligt stöd idag?*

**Utbildningsförvaltningen**  
Alviksskolan

Alviksskolan, Tranebergsvägen 79, 165 47  
Bromma  
Telefon 08 508 07 111  
Växel 08 508 07 100  
Fax 08 508 07 107  
eva.abom@stockholm.se  
www.alviksskolan.se

**Kartläggning-Förskola/ Skola**

*Beskriv barnets styrkor.*

*I vilka situationer visar de sig?*

*På vilket sätt visar de sig?*

*Beskriv barnets svårigheter.*

*I vilka situationer visar de sig?*

*På vilket sätt visar de sig?*

*Hur gör ni för att bäst stödja barnets utveckling.*

*Har barnet något personligt stöd idag?*

**Utbildningsförvaltningen**  
Alviksskolan

Alviksskolan, Tranebergsvägen 79, 165 47  
Bromma  
Telefon 08 508 07 111  
Växel 08 508 07 100  
Fax 08 508 07 107  
eva.abom@stockholm.se  
www.alviksskolan.se