



Beslut om skolformsutredning

Elevens uppgifter

För- och efternamn	Utdelningsadress
Personnummer	Postnummer och ort
Klass och skola	Telefonnummer

Utredningar som ska utföras

Pedagogisk	Beräknas klar
Social	Beräknas klar

Utredning beviljas

Utredning beviljas inte

Motivering till beslut

--

Beslut av rektor

Underskrift	Datum
-------------	-------

Utredningar som ska utföras

Medicinsk	Beräknas klar
Psykologisk	Beräknas klar
Frågeställning	

Utredning beviljas

Utredning beviljas inte

Motivering till beslut

--

Beslut av verksamhetschef för elevhälsans medicinska och psykologiska insatser

Underskrift	Datum
-------------	-------



Elev/Vårdnadshavare godkänner att skolan delger psykologfunktionen

- SHV journal
- BVC handlingar/journal
- Psykologutredning
- Dokumentation från annan vårdgivare (tex. BUP/BHU/BUM)
- Elev/vårdnadshavare samtycker till att medicinska och psykologiska utredningarna genomförs
- Elev/vårdnadshavare samtycker till informationsutbyte mellan skolhälsovård och psykologfunktion under utredning
- Elev/Vårdnadshavare samtycker till att olika professioner inom elevhälsan får ta del av elevens akt i PMO

Vårdnadshavarens uppgifter

För- och efternamn		För- och efternamn	
Utdelningsadress		Utdelningsadress	
E-post		E-post	
Telefonnummer arbete	Mobiltelefon	Telefonnummer arbete	Mobiltelefon
Ort och datum		Ort och datum	
Namnunderskrift		Namnunderskrift	

Enskild vårdnad