


# Sofiaängen

BEHANDLING  SKOLA

## Ansökan till Sofiaängens grundskola

### Elev

Ansökan avser läsåret	Ansökan avser årskurs	Dagens datum
Elevens namn		Personnummer
Adress		Kommun

### Vårdnadshavare


Namn	Namn
Adress	Adress
Telefon	Telefon
Mailadress	Mailadress

### Nuvarande skola

Nuvarande skola	Nuvarande skolår/klass	
Klassföreståndare/mentor	Telefon/mejladress	
Övrig kontaktperson	Telefon/mejladress	
Finns Soc-kontakt?	Kontaktperson	Telefon/mejladress
Finns BUP-kontakt?	Kontaktperson	Telefon/mejladress



# Sofiaängen

BEHANDLING  SKOLA

***Bilagor som skickas med:***



***Psykologisk utredning***



***Pedagogisk kartläggning***



***Betyg eller omdöme från senaste skola***



***Övrig bilaga***

Underskrift vårdnadshavare	Underskrift vårdnadshavare
----------------------------	----------------------------

**Skickas till: Sofiaängens skola, att: Rektor; Bergsunds strand 43A, 117 38 Sthlm**