|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| cologtext | | | | MEDICINSK UTREDNING1Underlag för prövning av elevs mottagande i anpassad grundskola | | | | Ankomststämpel  Diarienummer   |  | | --- | |  | | |
| Personuppgifter behandlas i enlighet med GDPR.  **Uppgifter om eleven** | | | | | | | | | |
| Efternamn | | Förnamn | | | | Personnummer (10 siffror) | | | |
| Adress | | Postnummer och ort | | | | Telefonnummer | | | |
| **Uppgifter om utredaren** | | | | | | | | | |
| Utredarens namn | | | | | Telefonnummer | | | | |  | Personnummer (10 siffror) |
| E-postadress |  | | | | Datum för utredningen | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **Helhetsbild av barnets hälsa** | | | | | | | | | |
| Klargör medicinska orsaker som kan ligga bakom barnets svårigheter och vad svårigheterna kan innebära för barnets fortsatta utveckling | | | | | | | | | |
| **Utredare** | | | | | | | | | |
| Datum | | | Underskrift | | | | Namnförtydligande | | |
| **Vårdnadshavare har tagit del av utredningen** | | | | | | | | | |
| Datum | | Namnteckning vårdnadshavare 1 | | | | Namnförtydligande vårdnadshavare 1 | | | |
| Datum | | Namnteckning vårdnadshavare 2 | | | | Namnförtydligande vårdnadshavare 2 | | | |

Ifylld blankett skickas till:

**Danderyds kommun**

**Box 66**

**Bildnings- och omsorgsförvaltningen**

**Djursholms slott**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Utredningen ska fastställa om barnet i enlighet med Skollagen 2010:800 7kap 5§ inte bedöms kunna nå upp till grundskolans kunskapskrav därför att det har en intellektuell funktionsnedsättning. Utredningen bör också ge besked om alternativa diagnoser som kan förklara barnets svårigheter.

2023-06-26