

Förfrågan Utökad samverkan kring elever med komplex NPF

Barn- och ungdomspsykiatri / Habilitering

[Samverkan vid NPF-problematik i Uppsala län](#), bilaga 1

FÖRFRÅGAN GÄLLANDE:	
Elevens namn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer och ort:	
Telefon:	
Datum:	

UPPGIFTER OM VÅRDNADSHAVARE:	
Vårdnadshavarens namn:	Vårdnadshavarens namn:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:
E-post:	E-post:
Vårdnadshavare samtycker till förfrågan (samtycke krävs) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

VERKSAMHET:
Skola:
Kontaktperson 1, befattning, namn och telefon:
Kontaktperson 2, befattning, namn och telefon:
Övrig delaktig personal, befattning:

SITUATIONEN I SKOLAN

Beskriv detaljerat vilka svårigheter i skolan som föranleder förfrågan:

Vilka extra anpassningar har gjorts i skolan?

Vilket resultat?

Finns beslut om särskilt stöd? Om ja, bifoga åtgärdsprogram

Ja Nej

Underskrift av rektor

Namnförtydligande

Svar skickas till:

Förfrågan skickas till:

Region Uppsala, Akademiska sjukhuset,
Remissbedömningsgruppen, Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen
751 85 Uppsala

eller

Region Uppsala
Remissbedömningsgruppen, Habiliteringen,
751 85 Uppsala